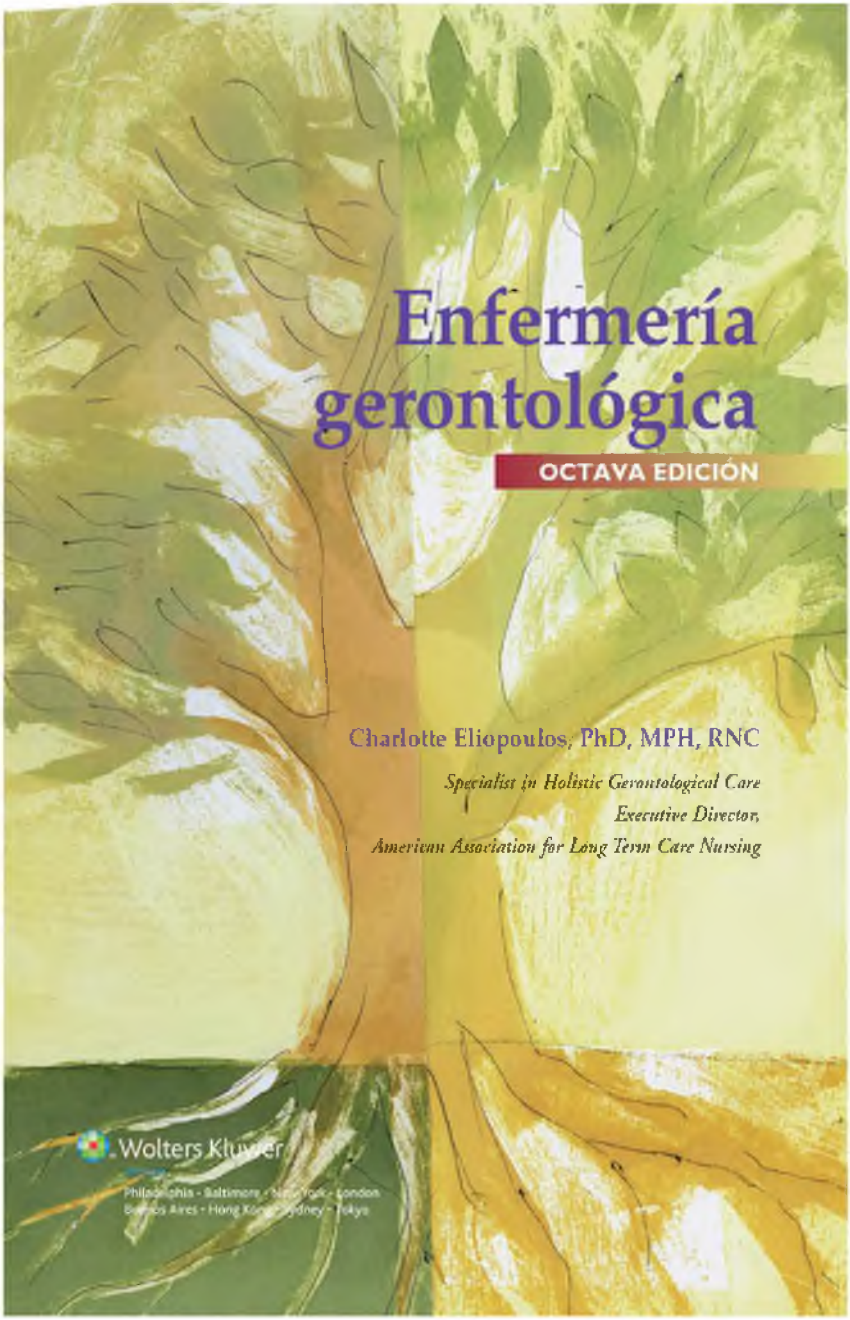
Enfermería Gerontológica

8ª EDICIÓN

Charlotte Eliopoulos

Wolters Kluwer Health

thePoint


Enfermería gerontológica
OCTAVA EDICIÓN
Charlotte Eliopoulos, PhD, MPH, RNC
Specialist in Holistic Gerontological Care
Executive Director,
American Association for Long Term Care Nursing
Wolters Kluwer

Wolters Kluwer
Health

Av. Carrilet 3, 9ª planta – Edificio D
08902 L'Hospitalet de Llobregat. Barcelona (España)
Tel.: 93 344 47 18
Fax: 93 344 47 16
e-mail: lwwespanol@wolterskluwer.com

Traducción
Bardo Andrés Lira Mendoza
Juan Roberto Palacios Martínez
Eumir Urdiain Farcug
Margarita del Rosario Mendoza Rangel

Revisión científica
María del Pilar Torres Egea
Diplomada en Enfermería, Licenciada en Antropología Social y Cultural, Máster en Gerontología Social, Profesora Titular de Enfermería Gerontológica/Escuela de Enfermería, Universitat de Barcelona.

Se han adoptado las medidas oportunas para confirmar la exactitud de la información presentada y describir la práctica más aceptada. No obstante, los autores, los redactores y el editor no son responsables de los errores u omisiones del texto ni de las consecuencias que se deriven de la aplicación de los datos que incluye, y no dan ninguna garantía, explícita o implícita, sobre la actualidad, integridad o exactitud del contenido de la publicación. Este libro contiene información general relacionada con tratamientos y asistencia médica que no deberían utilizarse en pacientes individuales sin antes contar con el consejo de un profesional médico, ya que los tratamientos clínicos que se describen no pueden considerarse recomendaciones absolutas y universales. El editor ha hecho todo lo posible para confirmar y respetar la procedencia del material que se reproduce en este libro y su copyright. En caso de error u omisión, se enmendará en cuanto sea posible.
Algunos fármacos y productos sanitarios que se presentan en esta publicación sólo tienen la aprobación de la Food and Drug Administration (FDA) para un uso limitado al ámbito experimental.
Compete al profesional sanitario averiguar la situación de cada fármaco o producto sanitario que pretenda utilizar en su práctica clínica, por lo que aconsejamos la consulta con las autoridades competentes.

Derecho a la propiedad intelectual (C. P. Art. 270)
Se considera delito reproducir, plagiar, distribuir o comunicar públicamente, en todo o en parte, con ánimo de lucro y en perjuicio de terceros, una obra literaria, artística o científica, o su transformación, interpretación o ejecución artística fijada en cualquier tipo de soporte o comunicada a través de cualquier medio, sin la autorización de los titulares de los correspondientes derechos de propiedad intelectual o de sus cesionarios.

Reservados todos los derechos.
Copyright de la edición en español © 2014 Wolters Kluwer Health España, S.A., Lippincott Williams & Wilkins
ISBN edición en español: 978-84-15840-84-8
Depósito legal: M-35276-2013

Edición en español de la obra original en lengua inglesa *Gerolotological Nursing, 8th ed.*
Copyright © 2014, Wolters Kluwer Health | Lippincott Williams & Wilkins.

ISBN edición original: 978-1-4511-7277-5
Composición tipográfica: Alfonso Romero López
Impresión: C&C Offset-China
Impreso en China

Este libro está dedicado a mi esposo, George Considine, por su paciencia, apoyo y
ánimo infinitos, y a Manuel Eliopoulos hijo, quien me enseñó muchas lecciones
de amor incondicional, aceptación y servicio para nuestros mayores.

Revisores

Nancy Henne Batchelor, MSN, RN, CNS
Assistant Professor of Clinical Nursing
University of Cincinnati
Cincinnati, Ohio

Laurie Bird, RN, BSN, MSN
Instructor in PN Program
Department Chair of PN and Health Care Assistant Programs
North Island College
Port Alberni, British Columbia, Canada

Beryl Cable-Williams, RN, BNSc, MN, PhD
Faculty Member
Trent/Fleming School of Nursing Trent University
Peterborough, Ontario, Canada

Catherine Cole, PhD, ACNS-BC
Assistant Professor
University of Arkansas for Medical Sciences/College of Nursing

Little Rock, Arkansas

Julia Henderson Gist, PhD, RN
Visiting Assistant Professor
Arkansas Tech University
Russellville, Arkansas

Judy A. Kopka, RN, MSN
Assistant Professor
Columbia College of Nursing
Milwaukee, Wisconsin

Susan J. Lamanna, RN, MA, MS, ANP, CNE
Professor
Onondaga Community College
Syracuse, New York

Sharon Livingstone, MSc
Coordinator of Gerontology and Dementia Studies
Conestoga College ATT
Kitchener, Ontario, Canada

Carol M. Patton, DrPH, APRN, BC, CRNP, CNE, Parish Nurse
Professor and Founding Director
Chatham University Nursing Programs Chatham University
Pittsburgh, Pennsylvania

Diane L Ruppel, MS, RN, CNS-BC
Clinical Associate Professor
University of Memphis School of Nursing
Memphis, Tennessee

Pamela D. Thomas, MSN
Nursing Instructor
Mississippi University for Women
Columbus, Mississippi

Mary Ellen Hill Yonushonis, MS, RN, CNE
Instructor in Nursing
The Pennsylvania State University
University Park, Pennsylvania

Prefacio

La especialidad de la enfermería gerontológica sigue creciendo sobre la base del cuerpo de evidencia que apoya a la práctica y a la población que atiende. Aunque hubo un tiempo en el que se consideraba a los adultos mayores como un grupo homogéneo y se esperaba que se enfermaran, dejaran de tener relaciones sexuales y siguieran envejeciendo, hay ahora el reconocimiento de que constituyen un grupo muy diverso y que pueden tener vidas saludables y productivas durante mucho tiempo después de cumplir 65 años. Se entiende cada vez mejor la normalidad a partir de la patología mediante las investigaciones que ayudan a comprender el proceso normal del envejecimiento. Además, los adultos mayores han pasado de ser una minoría oculta a un segmento de la población significativo y poderoso que exige opciones, respeto y servicios de alta calidad.

En su octava edición, *Enfermería gerontológica* continúa vinculando el creciente cuerpo de conocimiento especializado con su relevancia práctica. Se presenta un amplio rango de temas, con lo que se proporciona información exhaustiva para que sirva como fundamento sólido para la práctica de la enfermería gerontológica. Una de las características positivas de este libro es que lo sigue escribiendo una única autora, por lo que ofrece un nivel y estilo consistentes, que han sido valorados como prácticos y amigables por el lector en las ediciones previas, a lo largo de todos los capítulos.

ORGANIZACIÓN DEL TEXTO

La octava edición de *Enfermería gerontológica* se organiza en siete unidades. La primera, «Comprendiendo la experiencia del envejecimiento», proporciona un conocimiento básico sobre la población adulta y la experiencia de envejecer. Están en discusión la cultura y la diversidad sexual crecientes de esta población, junto con la navegación a través de las transiciones de la vida y los cambios típicos que se experimentan en el cuerpo y la mente.

La unidad dos, «Fundamentos de enfermería gerontológica», proporciona entendimiento del desarrollo y alcance de la especialidad, así como descripciones de varias situaciones en que las enfermeras pueden atender para personas mayores. Se revisan asuntos legales y éticos relevantes para la enfermería gerontológica y se guía en la aplicación de un modelo holístico para la atención gerontológica. Se dedica un capítulo a la atención propia de la enfermera gerontológica en reconocimiento de la necesidad de un cuidador de cuidarse a sí mismo para poder atender a otros de manera óptima.

La unidad tres, «Incentivo de la comprensión y la gratificación», proporciona una perspectiva amplia de la sexualidad y la intimidad, e incluye consideraciones actuales sobre la menopausia. Trata también sobre el significado de la espiritualidad y las medidas para satisfacer las necesidades espirituales.

Algunos de los problemas de atención más importantes a los que se enfrentan las enfermeras gerontológicas se ofrecen en la unidad 4, «Temas del cuidado general». Los capítulos dedicados a la nutrición e hidratación, reposo y sueño, confort y manejo del dolor, seguridad, y medicamentos guían a la enfermera en la promoción de la salud básica y la prevención de complicaciones evitables.

La unidad cinco, «Facilitar el balance biológico», aborda las funciones básicas que sustentan la salud y la vida. Los capítulos están dedicados a la respiración: la circulación; la digestión y la eliminación intestinal; la eliminación urinaria; la salud del sistema reproductor; el movimiento; la función neurológica; la percepción, y las funciones endocrina, tegumentaria e inmunitaria. Una revisión del impacto del envejecimiento, inter-venciones para promover la salud, la presentación y tratamiento únicos de las enfermedades, y las aproximaciones integradoras a la enfermedad se tratan con cada una de dichas áreas.

Los problemas y el cuidado de enfermería relacionados con infecciones, cáncer, trastornos de la salud mental, delirio y demencia en los adultos mayores se tratan en la unidad 6, «Trastornos multisistémicos». Se ofrece una guía para asistir a la enfermera gerontológica en los desafíos y presentaciones únicos de estas enfermedades y malestares.

La unidad siete, «Temas de atención gerontológica», trata sobre los desafíos comunes que se enfrentan en la práctica, que incluyen ayudar a las personas con enfermedades crónicas a vivir con armonía, cuidados de rehabilitación, atención aguda, atención de larga duración, provisión de atención por la familia y atención al final de la vida. Con la creciente preocupación de reducir los ingresos hospitalarios y de facilitar las transiciones de atención, es importante el entendimiento de los problemas que impactan la calidad del cuidado.

CARACTERÍSTICAS

Las nuevas características de esta edición ofrecen a los estudiantes un entendimiento más profundo para su aplicación e incluyen lo siguiente:

- En *Conceptos básicos* se definen nuevos conceptos pertinentes a los temas.
- *Llevando la investigación a la vida* no sólo presenta investigaciones actuales, sino también describe cómo aplicar ese conocimiento en la práctica.
- *Realidades prácticas* plantea ejemplos reales de desafíos a que las enfermeras pueden enfrentar en la práctica.

Además de lo arriba señalado, se expandieron las características que fueron bien recibidas por los estudiantes en el pasado para hacer al texto más atractivo; incluyen lo siguiente:

- *Objetivos de aprendizaje* que preparan al lector para los resultados esperados después de leer cada capítulo.
- *Resumen del capítulo* que presenta las generalidades del contenido de cada uno.
- *Conceptos clave* resaltados para enfatizar hechos relevantes.
- *Recuadros para reflexionar* que plantean preguntas para estimular el pensamiento relacionado con el contenido.
- Tablas que proporcionan hechos.
- *Recuadros con información* para enfatizar puntos específicos.
- *Guías de valoración* que resumen los componentes de las observaciones generales, entrevista y exploración física de los sistemas mayores del cuerpo.
- *Razonamiento del diagnóstico enfermero* que provee un repaso general de diagnósticos selectos de enfermería comunes en adultos mayores.
- *Planes de cuidados enfermeros* para demostrar los pasos del desarrollo de diagnósticos, objetivos e intervenciones enfermeras a partir de las necesidades identificadas.
- Ejemplos de *Casos a considerar* de situaciones clínicas que ofrecen oportunidades de pensamiento crítico.
- *Ejercicios de pensamiento crítico* para guiar su aplicación.
- Recursos al final de cada capítulo para ayudar con la investigación adicional del tema.
- Referencias para expandir la red de información disponible.
- Abundantes figuras para complementar el texto.

PAQUETE DE ENSEÑANZA Y APRENDIZAJE

Recursos para instructores

Están disponibles herramientas para asistirle con la impartición de su curso a partir la adquisición de este texto en http://thePoint.lww.com/espanol-Eliopoulos8e.

- Un libro electrónico en thePoint le da acceso en línea al texto completo del libro y sus imágenes.
- El generador de pruebas le permite preparar nuevas pruebas exclusivas a partir de un banco que contiene cientos de preguntas para ayudarle a valorar el entendimiento que sus estudiantes tengan del material. Las preguntas de la prueba están vinculadas a los objetivos de aprendizaje del capítulo. Este generador de pruebas incluye un banco de más de 900 preguntas.
- Presentaciones en PowerPoint que le proporcionan una manera fácil de integrar al libro de texto con la experiencia en clase de sus estudiantes mediante diapositivas o impresos. Se incluyen preguntas de opción múltiple y de verdadero o falso en las presentaciones para fomentar la participación en clase y permitirle usar la tecnología i-clicker.
- Un banco de imágenes que le permite usar las fotografías e ilustraciones de este libro de texto en sus diapositivas de PowerPoint según le convenga para su curso.
- Artículos de publicaciones, actualizados para la nueva edición, que ofrecen acceso a la investigación más reciente disponible en las publicaciones de Lippincott Williams & Wilkins.

Novedades de esta edición

- Escenarios clínicos que plantean preguntas de situaciones posibles (y respuestas sugeridas), para dar a sus estudiantes una oportunidad de aplicar su conocimiento en casos similares a los que se podrían encontrar en la práctica.
- Tareas (y respuestas sugeridas) grupales, escritas, clínicas y en línea.
- Mapa de competencia del QSEN que le muestra cómo se conecta el contenido con las competencias de educación de calidad y seguridad para enfermeras del QSEN: atención centrada en el paciente; trabajo de equipo y colaboración; práctica basada en la evidencia; mejoramiento de la calidad; seguridad, e informática.
- Respuestas sugeridas de los ejercicios de pensamiento crítico, que le permiten medir si las respuestas de sus estudiantes van por buen camino, al darle los puntos principales que se espera que los alumnos aborden en sus respuestas.
- DocuCare es un recurso adicional que puede adquirirse y que le ofrece expedientes clínicos electrónicos similares a los reales, con un formato de la vida real diseñados para preparar a sus estudiantes para una práctica exitosa. Sus herramientas le permiten crear, modificar y añadir pacientes a los documentos de práctica, así como revisar la documentación de los estudiantes.

Recursos para estudiantes

Los estudiantes pueden acceder a los siguientes recursos en http://thePoint.lww.com/espanol-Eliopoulos8e mediante los códigos impresos en el interior de la cubierta de su libro.

- Un libro electrónico en thePoint le da acceso en línea al texto completo del libro y sus imágenes.
- Videoclips de Watch & Learn sobre cómo ayudar a una persona que se cae,

alternativas al uso de restricciones y las etapas del proceso de morir. (En el texto aparecen iconos para dirigir a los lectores a los vídeos respectivos).

- Lecturas recomendadas para la red de información disponible.
- Un glosario español-inglés en audio que proporciona conceptos y frases útiles para comunicarse con el paciente.

RESUMEN

Si se ejerce de manera competente, la enfermería gerontológica está dentro de las especialidades más complejas y dinámicas que puede elegir una enfermera. Se requiere un rango amplio de habilidades, así como una apreciación de la riqueza de las experiencias de vida únicas y la sabiduría de entender que la curación verdadera parte de fuentes que están más allá de medicamentos y procedimientos. Con suerte, este libro equipará a las enfermeras para asistir a los adultos mayores a vivir con la salud, propósito y plenitud óptimos en esta temporada de sus vidas.

CHARLOTTE ELIOPOULOS RN, MPH, PHD

Agradecimientos

Hay muchas personas que desempeñaron papeles importantes en el nacimiento y desarrollo de este libro. Siempre estaré agradecida a Bill Burgower, editor de Lippincott, que décadas atrás respondió a mi inquietud de que la nueva especialidad de enfermería gerontológica necesitaba recursos, por animarme a escribir la primera edición de *Enfermería gerontológica*. Muchos miembros del equipo de Lippincott me han guiado y asistido desde entonces, incluyendo a Patrick Barbera, editor de adquisiciones, quien con consistencia me ofreció ánimo y guía; Dawn Lagrosa, jefe de producto adjunto, quien aportó su visión y su experiencia editorial para perfeccionar el texto, y Priscilla Crater, jefa de producto, responsable de convertir el manuscrito en las páginas impresas del libro.

Finalmente, tengo una profunda deuda con aquellos mentores y líderes en atención gerontológica que generosamente me ofrecieron ánimo, y con los tantos otros adultos mayores a quienes he conocido en mi vida y que me han enseñado la sabiduría y la belleza que vienen con la edad. ¡La enseñanza que estos individuos me dieron nunca se hubiera podido aprender en un libro!

CHARLOTTE ELIOPOULOS

Índice de unidades

UNIDAD 1

Comprender la experiencia del envejecimiento

1 La población de edad avanzada
2 Teorías del envejecimiento
3 1Diversidad
4 Transiciones e historia de vida
5 Cambios comunes en el envejecimiento

UNIDAD 2

Fundamentos de enfermería gerontológica

6 La especialidad de enfermería gerontológica
7 Modelo holístico de enfermería gerontológica
8 Aspectos legales de enfermería gerontológica
9 Aspectos éticos de enfermería gerontológica
10 Atención continuada en gerontología
11 Autocuidado de la enfermería gerontológica

UNIDAD 3

Desarrollo de vínculos y gratificación

12 Sexualidad e intimidad
13 Espiritualidad

UNIDAD 4

Temas del cuidado general

14 Nutrición e hidratación
15 Descanso y sueño
16 Confort y manejo del dolor
17 Seguridad
18 Uso seguro de medicamentos

UNIDAD 5

Facilitar el balance fisiológico

19 Respiración
20 Circulación
21 Digestión y evacuación
22 Micción
23 Salud del aparato reproductor
24 Movimiento
25 Funcionamiento neurológico
26 Percepción
27 Funcionamiento endocrino
28 Funcionamiento tegumentario
29 Funcionamiento inmunitario

UNIDAD 6

Trastornos multisistémicos

30 Infecciones
31 Cáncer
32 Trastornos de la salud mental
33 Delirio y demencia

UNIDAD 7

Temas de atención gerontológica

34 Vida en armonía con trastornos crónicos
35 Cuidados de rehabilitación
36 Atención a pacientes con enfermedades agudas
37 Atención de larga duración
38 Atención proporcionada por la familia

39 Atención al final de la vida

Índice de capítulos

UNIDAD 1

Comprender la experiencia del envejecimiento

1 La población de edad avanzada

Visiones del adulto mayor a través de la historia

Características de población de edad avanzada

Crecimiento de la población e incremento de la esperanza de vida

Estado civil y patrones de convivencia

Ingresos y empleo

Seguro de salud

Estado de salud

Implicaciones del envejecimiento de la población

Impacto de los nacidos en la posguerra (baby boomers)

Prestaciones y pago de servicios

2 Teorías del envejecimiento

Teorías biológicas del envejecimiento

Teorías estocásticas

Teorías no estocásticas

Teorías sociológicas del envejecimiento

Teorías de la desconexión

Teoría de la actividad

Teoría de la continuidad

Teoría de la subcultura

Teoría de la estratificación de las edades

Teorías psicológicas del envejecimiento

Tareas del desarrollo

Gerotrascendencia

Aplicación de las teorías del envejecimiento a la práctica de enfermería

3 Diversidad

Incremento de la diversidad de la población de adultos mayores
Panorama general de los diversos grupos de adultos mayores en Estados Unidos
Estadounidenses de origen hispano
Afroamericanos
Estadounidenses de origen asiático
Judíos estadounidenses
Nativos estadounidenses
Adultos mayores homosexuales, lesbianas, bisexuales y transexuales
Consideraciones de enfermería para la atención culturalmente sensible de los adultos mayores

4 Transiciones e historia de vida
Discriminación por razones de edad
Cambios en los roles y las relaciones familiares
Padres
Abuelos
Pérdida del cónyuge
Jubilación
Pérdida del rol laboral
Reducción de los ingresos
Cambios en la salud y en la actividad
Efectos acumulados de las transiciones de la vida
Deterioro del entorno social
Conciencia de la muerte
En respuesta a las transiciones de la vida
Revisión de la vida e historia de vida
Autoreflexión
Fortalecimiento de los recursos internos

5 Cambios comunes en el envejecimiento
Cambios corporales
Células
Apariencia física
Sistema respiratorio
Sistema cardiovascular
Sistema gastrointestinal
Sistema urinario
Sistema reproductivo
Sistema musculoesquelético
Sistema nervioso
Órganos sensoriales
Sistema endocrino

Sistema tegumentario
Sistema inmunitario
Termorregulación
Cambios psicológicos
Personalidad
Memoria
Inteligencia
Aprendizaje
Implicaciones de los cambios relacionados con la edad en los cuidados enfermeros

UNIDAD 2

Fundamentos de enfermería gerontológica

6 La especialidad de enfermería gerontológica
Desarrollo de la enfermería gerontológica
Elementos fundamentales de gerontología
Práctica basada en la evidencia
Normas
Competencias
Principios
Roles de la enfermera gerontológica
Curador
Cuidador
Educador
Defensor
Innovador
Funciones avanzadas de la práctica enfermera
El futuro de la enfermería gerontológica
Uso de las prácticas basadas en la evidencia
Investigación avanzada
Promover la atención integral
Educar a los cuidadores
Desarrollar nuevas funciones
Equilibrar la calidad de la atención y los costes sanitarios

7 Modelo holístico de enfermería gerontológica
Cuidado gerontológico holístico
Valoración holística de las necesidades
Promoción de salud: necesidades relacionadas
Desafíos de salud: necesidades relacionadas

Requisitos para satisfacer las necesidades
Procesos de cuidados en enfermería gerontológica
Ejemplos de aplicación
Valoración de las necesidades: el caso del Sr. R.
Aplicación del modelo holístico: el caso de la Sra. D.

8 Aspectos legales de enfermería gerontológica
Leyes que regulan la práctica de la enfermería gerontológica
Riesgos legales en enfermería gerontológica
Mala práctica
Confidencialidad
Consentimiento del paciente
Competencia del paciente
Supervisión del personal
Medicamentos
Restricciones
Indicaciones por teléfono
Órdenes de no reanimar
Voluntades anticipadas y cuestiones relacionadas con la muerte y el morir
Abuso a los adultos mayores
Garantías jurídicas para las enfermeras

9 Aspectos éticos de enfermería gerontológica
Filosofías rectoras del pensamiento ético
Ética en enfermería
Normas éticas externas e internas
Principios éticos
Dilemas éticos que afrontan las enfermeras gerontológicas
Cambios crecientes en los dilemas éticos para las enfermeras
Medidas para ayudar a la enfermeras a tomar decisiones éticas

10 Atención continuada en gerontología
Servicios en la atención continuada para los adultos mayores
Servicios de apoyo y prevención
Servicios de ayuda parcial e intermitente
Servicios de atención completa y continuada
Servicios complementarios y alternativos
Servicios acordes con las necesidades
Funciones y roles de las enfermeras gerontológicas

11 Autocuidado de la enfermera gerontológica
Características de la enfermera sanadora

Presencia
Disponibilidad
Vínculos
Modelos de holismo
Autocuidado y nutrición
Seguimiento de prácticas positivas para el cuidado de la salud
Fortalecimiento y creación de vínculos
Compromiso con un proceso dinámico

UNIDAD 3

Desarrollo de vínculos y gratificación

12 Sexualidad e intimidad
Actitudes hacia el sexo y los adultos mayores
La menopausia como un viaje interior
Manejo de los síntomas y educación de la paciente
Autoaceptación
Andropausia
Realidades del sexo en la edad avanzada
Comportamiento y roles sexuales
Intimidad
Cambios relacionados con la edad y respuesta sexual
Identificación de los obstáculos para la actividad sexual
Falta de pareja
Barreras psicológicas
Padecimientos médicos
Disfunción eréctil
Efectos adversos de los medicamentos
Deterioro cognitivo
Promoción de una función sexual saludable

13 Espiritualidad
Necesidades espirituales
Amor
Significado y propósito
Esperanza
Dignidad
Perdón
Gratitud
Trascendencia
Expresión de la fe

Valoración de las necesidades espirituales
Atención de las necesidades espirituales
Disponibilidad
Respetar las creencias y prácticas
Proporcionar oportunidades para estar a solas
Fomentar la esperanza
Ayudar a descubrir el sentido de las situaciones difíciles
Facilitar las prácticas religiosas
Orar con y por
Resumen: la importancia del cuidado espiritual

UNIDAD 4

Temas del cuidado general

14 Nutrición e hidratación
Necesidades nutricionales de los adultos mayores
Cantidad y calidad de las necesidades calóricas
Complementos alimenticios
Necesidades especiales de las mujeres
Necesidades de hidratación de los mayores
Promoción de la salud bucal
Problemas relacionados con una buena nutrición
Indigestión e intolerancia a los alimentos
Anorexia
Disfagia
Estreñimiento
Desnutrición
Determinación del estado nutricional y la hidratación en las personas mayores

15 Descanso y sueño
Cambios en el sueño relacionados con la edad
Ciclos circadianos de sueño y vigilia
Etapas del sueño
Eficiencia y calidad del sueño
Trastornos del sueño
Insomnio
Mioclonía nocturna y síndrome de piernas inquietas
Apnea del sueño
Padecimientos médicos que afectan al sueño
Medicamentos que afectan al sueño
Otros factores que afectan al sueño

Fomento del descanso y el sueño en los adultos mayores
Medidas farmacológicas para promover el sueño
Medidas no farmacológicas para promover el sueño
Control del dolor

16 Confort y manejo del dolor
Confort
Dolor: un fenómeno complejo
Prevalencia del dolor en los adultos mayores
Tipos de dolor
Percepción del dolor
Efectos del dolor no aliviado
Valoración del dolor
Un enfoque integral para el manejo del dolor
Terapias complementarias
Cambios en la dieta
Tratamiento farmacológico
Confort

17 Seguridad
Envejecimiento y riesgos para la seguridad
Importancia del ambiente para la salud y el bienestar
Impacto del envejecimiento en la seguridad y función del ambiente
Iluminación
Temperatura
Colores
Aromas
Recubrimientos de suelos
Mobiliario
Estimulación sensorial
Control del ruido
Peligros del cuarto de baño
Peligros del fuego
Consideraciones psicosociales
El problema de las caídas
Riesgos y prevención
Riesgos relacionados con las restricciones
Intervenciones para reducir los riesgos intrínsecos en la seguridad
Reducir los riesgos de la hidratación y la alimentación
Atender los riesgos relacionados con las deficiencias sensoriales
Prevenir los riesgos relacionados con las limitaciones de movilidad
Vigilar la temperatura corporal

Prevenir infecciones
Recomendar ropa adecuada
Usar los medicamentos con precaución
Evitar los delitos
Fomentar el cuidado al conducir
Fomentar la detección temprana de problemas
Atender los riesgos relacionados con las deficiencias funcionales

18 Uso seguro de medicamentos
Efectos del envejecimiento en el uso de medicamentos
Polifarmacia e interacciones
Farmacocinética alterada
Farmacodinámica alterada
Aumento del riesgo de reacciones adversas
Fomentar el uso seguro de medicamentos
Evitar medicamentos potencialmente inapropiados: criterios de Beers
Revisar la necesidad y eficacia de los medicamentos recetados
Promover la administración segura y eficaz
Educar a los pacientes
Vigilar los resultados de laboratorio
Alternativas a los medicamentos
Análisis de medicamentos seleccionados
Analgésicos
Antiácidos
Antibióticos
Anticoagulantes
Anticonvulsivos
Antidiabéticos (hipoglucemiantes)
Antihipertensivos
Antiinflamatorios no esteroideos
Hipocolesterolemiantes
Neuroestimulantes
Digoxina
Diuréticos
Laxantes
Psicofármacos

UNIDAD 5

Facilitar el balance fisiológico

19 Respiración

Efectos del envejecimiento en la salud respiratoria
Fomento de la salud respiratoria
Enfermedades respiratorias seleccionadas
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica
Cáncer de pulmón
Absceso pulmonar
Consideraciones enfermeras generales para las enfermedades respiratorias
Reconocimiento de los síntomas
Prevención de complicaciones
Verificación de la administración segura de oxígeno
Realización del drenaje postural
Promoción de la tos productiva
Uso de terapias complementarias
Promoción del autocuidado
Infundir ánimo

20 Circulación
Efectos del envejecimiento en la salud cardiovascular
Promoción de la salud cardiovascular
Nutrición adecuada
Ejercicio adecuado
Evitar el humo de tabaco
Manejo del estrés
Intervenciones protectoras
Enfermedad cardiovascular en la mujer
Trastornos cardiovasculares frecuentes
Hipertensión
Hipotensión
Insuficiencia cardíaca congestiva
Embolia pulmonar
Arteriopatía coronaria
Hiperlipidemia
Arritmias
Vasculopatía periférica
Consideraciones enfermeras generales para los trastornos cardiovasculares
Prevención
Información al paciente
Prevención de complicaciones
Promoción de la circulación
Cuidados de los pies
Manejo de problemas relacionados con vasculopatía periférica
Promoción de la normalidad

Integración de tratamientos complementarios

21 Digestión y evacuación

Efectos del envejecimiento en la salud gastrointestinal
Promoción de la salud gastrointestinal
Trastornos gastrointestinales seleccionados y consideraciones enfermeras pertinentes
Sequedad bucal (xerostomía)
Problemas dentales
Disfagia
Hernia hiatal
Cáncer esofágico
Úlcera péptica
Cáncer de estómago
Enfermedad diverticular
Cáncer colorrectal
Estreñimiento crónico
Flatulencia
Obstrucción intestinal
Retención fecal
Incontinencia fecal
Apendicitis aguda
Cáncer de páncreas
Enfermedad de conductos biliares
Resumen

22 Micción

Efectos del envejecimiento en la micción
Promoción de la salud del aparato urinario
Trastornos urinarios frecuentes
Incontinencia urinaria
Cáncer vesical
Cálculos renales
Glomerulonefritis
Consideraciones enfermeras generales para los trastornos urinarios

23 Salud del aparato reproductor

Efectos del envejecimiento en el aparato reproductor
Promoción de la salud del aparato reproductor
Trastornos frecuentes del aparato reproductor
Problemas del aparato reproductor femenino
Problemas del aparato reproductor masculino

Resumen

24 Movimiento

Efectos del envejecimiento en el funcionamiento del aparato locomotor
Promoción de la salud del aparato locomotor
Promoción de la actividad física en todos los grupos de edad
Programas de ejercicio para adultos mayores
Conexión cuerpo-mente
Prevención de la inactividad
Nutrición
Trastornos frecuentes del aparato locomotor
Fracturas
Artrosis
Artritis reumatoide
Osteoporosis
Gota
Trastornos de los pies
Consideraciones enfermeras generales para los trastornos del aparato locomotor
Manejo del dolor
Prevención de lesiones
Promoción de la independencia

25 Funcionamiento neurológico

Efectos del envejecimiento en el sistema nervioso
Promoción de la salud neurológica
Trastornos neurológicos frecuentes
Enfermedad de Parkinson
Accidentes isquémicos transitorios
Accidentes cerebrovasculares
Consideraciones enfermeras generales para trastornos neurológicos
Promoción de la independencia
Prevención de lesiones

26 Percepción

Efectos del envejecimiento en la percepción
Promoción de la salud de los órganos de los sentidos
Promoción de la visión
Promoción de la audición
Valoración de problemas
Trastornos frecuentes de la percepción e intervenciones enfermeras relacionadas
Déficits visuales
Déficits auditivos

Consideraciones enfermeras generales para déficits sensitivos

27 **Funcionamiento endocrino**
Efectos del envejecimiento en el funcionamiento endocrino
Trastornos endocrinos y consideraciones enfermeras relacionadas
Diabetes mellitus
Hipotiroidismo
Hipertiroidismo

28 **Funcionamiento tegumentario**
Efectos del envejecimiento en el tegumento
Promoción de la salud tegumentaria
Trastornos tegumentarios frecuentes
Prurito
Queratosis
Queratosis seborreica
Cáncer de piel
Lesiones vasculares
Úlceras por presión
Consideraciones enfermeras generales para trastornos del tegumento
Promoción de la normalidad
Uso de terapias complementarias

29 **Funcionamiento inmunitario**
Efectos del envejecimiento en el funcionamiento inmunitario
Promoción de la salud inmunitaria
Alimentación
Ejercicio
Inmunización
Manejo del estrés
Conexión cuerpo-mente
Uso cuidadoso de antibióticos

UNIDAD 6

Trastornos multisistémicos

30 **Infecciones**
Manifestaciones específicas de infección en adultos mayores
Infecciones comunes
Infección de vías urinarias
Prostatitis

Neumonía
Gripe
Tuberculosis
Vaginitis
Herpes zóster
Sarna
VIH y sida
Infección por Clostridium difficile
Microorganismos resistentes a antibióticos

31 Cáncer
Envejecimiento y cáncer
Desafíos específicos para las personas mayores con cáncer
Explicaciones de la mayor incidencia en la edad avanzada
Factores de riesgo, prevención y detección
Tratamiento
Tratamiento ordinario
Medicina complementaria y alternativa
Consideraciones enfermeras para adultos mayores con cáncer
Educación del paciente
Promoción de cuidados óptimos
Apoyo a pacientes y familiares

32 Trastornos de la salud mental
Envejecimiento y salud mental
Promoción de la salud mental en los adultos mayores
Trastornos frecuentes de la salud mental
Depresión
Ansiedad
Abuso de alcohol
Paranoia
Hipocondría
Consideraciones enfermeras para los trastornos de la salud mental
Vigilancia de la medicación
Promoción de un autoconcepto positivo
Manejo de problemas de conducta

33 Delirio y demencia
Delirio
Demencia
Enfermedad de Alzheimer
Otras demencias

UNIDAD 7

Temas de atención gerontológica

34 Vida en armonía con trastornos crónicos

Trastornos crónicos en la edad avanzada
Objetivos de la atención de enfermos crónicos
Valoración de las necesidades de atención a los enfermos crónicos
Maximización de los beneficios de la atención de enfermos crónicos
Selección de un médico adecuado
Uso de un facilitador de atención de trastornos crónicos
Mejora del conocimiento
Localización de un grupo de apoyo
Elecciones inteligentes de estilo de vida
Uso de terapias complementarias y alternativas
Factores que influyen en la atención de enfermos crónicos
Mecanismos de defensa e implicaciones
Factores psicosociales
Impacto de la atención continuada en la familia
Necesidad de recibir cuidados en una institución
Atención de los enfermos crónicos: un desafío para los profesionales enfermeros

35 Cuidados de rehabilitación

Necesidad de rehabilitación
Vivir con discapacidad
Importancia de la actitud y la capacidad de afrontamiento
Pérdidas que acompañan a la discapacidad
Cuidados enfermeros en la rehabilitación
Valoración funcional
Intervenciones para facilitar y mejorar la funcionalidad
Facilitación de la postura correcta
Ayuda con los ejercicios de rango de movimiento
Uso de accesorios para la movilidad y tecnología auxiliar
Reeducación para la eliminación
Mantenimiento y promoción del funcionamiento mental
Uso de recursos de la comunidad

36 Atención a pacientes con enfermedades agudas

Riesgos relacionados con la hospitalización de adultos mayores
Atención a pacientes quirúrgicos

Riesgos especiales en personas mayores
Consideraciones para la atención preoperatoria
Consideraciones para la atención operatoria y postoperatoria
Atención de urgencia
Infecciones
Planificación del alta de pacientes mayores

37 Atención de larga duración
Desarrollo de la atención institucionalizada de larga duración
Antes del siglo XX
Durante el siglo XX
Lecciones que deben aprenderse de la historia
Atención institucionalizada de larga duración en la actualidad
Estándares de las residencias para adultos mayores
Usuarios de las residencias para adultos mayores
Funciones y responsabilidades de los profesionales enfermeros
Comunidades asistidas
El futuro: un nuevo modelo de atención de larga duración

38 Atención proporcionada por la familia
La familia del adulto mayor
Identificación de los miembros de la familia
Roles de los familiares
Dinámica y relaciones familiares
Alcance de la atención prestada por la familia
Protección de la salud de la persona mayor y el cuidador
Disfunción familiar y abuso
Recompensas de los cuidados proporcionados por la familia

39 Atención al final de la vida
Definiciones de muerte
Experiencia familiar en el proceso de morir
Apoyo al individuo moribundo
Etapas del proceso de morir e intervenciones enfermeras relacionadas
Dificultades de los cuidados físicos
Necesidades de atención espiritual
Signos de muerte inminente
Instrucciones previas (últimas voluntades)
Apoyo a familiares y amigos
Apoyo durante las etapas del proceso de morir
Ayuda a familiares y amigos después de una muerte
Apoyo al personal enfermero

Índice alfabético de materias

Índice de las guías seleccionadas

GUÍAS DE VALORACIÓN

Guía de valoración 12-1. Salud sexual
Guía de valoración 13-1. Necesidades espirituales
Guía de valoración 14-1. Estado nutricional
Guía de valoración 16-1. Dolor
Guía de valoración 19-1. Función respiratoria
Guía de valoración 20-1. Funcionamiento cardiovascular
Guía de valoración 21-1. Funcionamiento gastrointestinal
Guía de valoración 22-1. Funcionamiento urinario
Guía de valoración 23-1. Salud del aparato reproductor
Guía de valoración 24-1. Funcionamiento del aparato locomotor
Guía de valoración 25-1. Funcionamiento neurológico
Guía de valoración 26-1. Funcionamiento de los sentidos
Guía de valoración 28-1. Estado de la piel
Guía de valoración 32-1. Salud mental

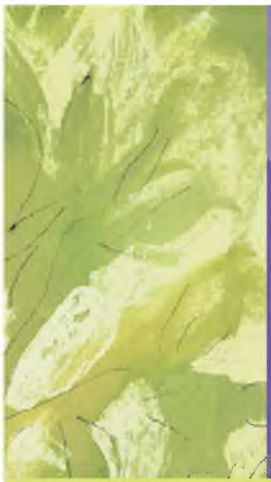
PLANES DE CUIDADOS ENFERMEROS

Plan de cuidados enfermeros 7-1. Cuidado holístico de la Sra. D.
Plan de cuidados enfermeros 19-1. La persona mayor con enfermedad pulmonar obstructiva crónica
Plan de cuidados enfermeros 20-1. El adulto mayor con insuficiencia cardiaca
Plan de cuidados enfermeros 21-1. Adulto mayor con hernia hiatal
Plan de cuidados enfermeros 21-2. Adulto mayor con incontinencia fecal
Plan de cuidados enfermeros 22-1. Adulto mayor con incontinencia urinaria
Plan de cuidados enfermeros 23-1. Varón mayor que se recupera de cirugía prostática
Plan de cuidados enfermeros 24-1. El adulto mayor con artrosis
Plan de cuidados enfermeros 25-1. Funcionamiento neurológico
Plan de cuidados enfermeros 26-1. Adulto mayor con glaucoma de ángulo abierto
Plan de cuidados enfermeros 33-1. Adulto mayor con enfermedad de Alzheimer

UNIDAD 1

Comprender la experiencia del envejecimiento

1 La población de edad avanzada
2 Teorías del envejecimiento
3 Diversidad
4 Transiciones e historia de vida
5 Cambios comunes en el envejecimiento



CAPÍTULO 1

La población de edad avanzada

RESUMEN DEL CAPÍTULO

Visiones del adulto mayor a través de la historia

Características de la población de edad avanzada

Crecimiento de la población e incremento de la esperanza de vida.

Estado civil y patrones de convivencia.

Ingresos y empleo.

Seguro de salud

Estado de salud.

Implicaciones del envejecimiento de la población

Impacto de los nacidos en la posguerra (*baby boomers*).

Prestaciones y pago de servicios.

«Las familias olvidan a sus mayores... la mayoría de las personas se vuelve demente conforme pasa la edad... los sistemas de seguridad social proporcionan a cada persona mayor un ingreso de jubilación decente... casi todas las personas mayores viven en asilos... En Estados Unidos, Medicare cubre todos los costos relacionados con la atención de la salud para las personas mayores». Éstos y otros mitos sobre las personas mayores siguen vigentes. La desinformación acerca de la población de edad avanzada es una injusticia no sólo para este grupo de edad, sino también para personas de todas las edades que necesitan información precisa para preparar de manera realista su propia vejez. Las

enfermeras gerontológicas deben conocer estos detalles sobre la población de edad avanzada a fin de proporcionarle servicios eficientes además de asesorar a la población general.

OBJETIVOS DE APRENDIZAJE

Después de estudiar este capítulo, el lector será capaz de:

1. Explicar las diferentes maneras en que los adultos mayores han sido vistos a través de la historia.
2. Describir las características de la población mayor de nuestros días en relación con:
   - Esperanza de vida.
   - Estado civil.
   - Patrones de convivencia.
   - Ingresos y empleo.
   - Estado de salud.
3. Discutir los cambios proyectados para las futuras generaciones de población mayor y sus implicaciones para el cuidado de la salud.

CONCEPTOS BÁSICOS

Comorbilidad: presencia simultánea de múltiples padecimientos crónicos.

Compresión de la morbilidad: retraso o reducción de los años en que las enfermedades graves o el deterioro se presentan de modo que la prolongación de la esperanza de vida resulta en más años funcionales y saludables.

Expectativa de vida: tiempo predicho que puede vivir una persona.

Esperanza de vida: tiempo máximo de años que una persona puede llegar a vivir.

VISIONES DEL ADULTO MAYOR A TRAVÉS DE LA HISTORIA

Las personas que en este momento son adultos mayores en Estados Unidos aportaron el sacrificio, la fuerza y el espíritu que hicieron grande a ese país. Fueron los soldados orgullosos de las guerras mundiales, los inmigrantes valientes que se aventuraron en un nuevo país, los empresarios audaces que corrieron riesgos para crear oportunidades de empleo y generar riqueza, y los padres desinteresados que lucharon por dar a sus hijos una vida mejor. Se han ganado el respeto, la admiración y la dignidad. Hoy en día los adultos mayores se ven de manera positiva más que prejuiciosa, con base en conocimientos en vez de mitos y con preocupación en lugar de abandono. Sin embargo, esta visión positiva no siempre fue la norma.

Históricamente, las sociedades han visto a sus miembros de edad avanzada de

muy diversas maneras. En la época de Confucio había una correlación directa entre la edad de la persona y el grado de respeto al que él o ella tenía derecho. Los antiguos egipcios temían envejecer y experimentaron con una variedad de brebajes y rituales a fin de mantener su juventud. Las opiniones estaban divididas entre los antiguos griegos. Platón promovió a los adultos mayores como los mejores líderes de la sociedad, mientras que Aristóteles les negó la participación en los asuntos gubernamentales. En las naciones conquistadas por el imperio romano, los enfermos y los adultos mayores por lo general eran los primeros en ser asesinados. Y a lo largo de la Biblia se describe la preocupación de Dios por el bienestar de la familia y el deseo de que la gente respete a los adultos mayores (*Honra a tu padre y a tu madre...* Éxodo 20:12). No obstante, el respeto otorgado a los adultos mayores no se mantuvo.

Durante la Edad Media surgieron fuertes sentimientos acerca de la superioridad de los jóvenes; estos sentimientos se expresaron en rebeliones de los hijos contra los padres. Aunque en el siglo XVII Inglaterra creó leyes de pobres por las que se proporcionaba atención a los indigentes y recursos a las personas de edad avanzada sin familia para que pudieran contar con una modesta pero permanente red de seguridad, muchos de los logros se perdieron durante la Revolución Industrial. Sin leyes laborales que protegieran a las personas de edad avanzada, las que no podían satisfacer las demandas del trabajo industrial quedaron a merced de sus hijos u obligados a mendigar en las calles para obtener su sustento.

El primer paso importante para la mejora de las vidas de los adultos mayores estadounidenses fue la aprobación, en 1935, de una ley federal de seguridad para las personas de edad avanzada, Federal Old Age Insurance Law, bajo la Social Security Act, que proporcionó cierta seguridad financiera a las personas mayores. El creciente envejecimiento de la población estadounidense comenzó a notarse en la década de 1960 y Estados Unidos respon dió con la formación de la Administration on Aging, la promulgación de la Older American Act y la introducción de Medicaid y Medicare, todos en 1965 (recuadro 1-1).

RECUADRO 1-1 Programas de apoyo público de beneficio para los estadounidenses de edad avanzada

1900 Aprobación de las leyes de pensiones en algunos estados.

1935 Social Security Act.

1961 Primera conferencia de la Casa Blanca sobre el envejecimiento.

1965 Older Americans Act:: administración de los programas de nutrición, de empleo del adulto mayor y de transporte.
Medicare con respecto a las personas de edad avanzada (título 18 de la Social Security Act),
Medicaid (título 19 de la Social Security Act) para las personas de escasos recursos y con discapacidades de cualquier edad.

1972 Promulgación de la Suplemental Security Income (SSI).

1991 Instauración de la Omnibus Budget Reconciliation Act (ley de reforma de

los residencias de adultos mayores).

Desde entonces, en la sociedad estadounidense se despertó un profundo interés por las personas mayores, ya que sus números han crecido. Una manifiesta actitud humanista hacia todos los miembros de la sociedad ha beneficiado a los adultos mayores y las mejoras en la atención de la salud y las condiciones de vida en general garantizan que más personas tengan la oportunidad de llegar a la vejez y vivir más años, y ser más fructíferos a una edad más avanzada que las generaciones anteriores (fig. 1-1).

FIGURA 1-1 ■ Es importante que las enfermeras gerontológicas estén conscientes de que al agregar calidad de vida a los adultos mayores también se incrementa la cantidad de años vividos.

CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN DE EDAD AVANZADA

Por lo general, se define a los adultos mayores como individuos a partir de los 65 años de edad. En algún tiempo todas las personas mayores de 65 años se agrupaban en una sola categoría de «ancianos». Ahora se reconoce que existe una gran diversidad entre los diferentes grupos etarios en la edad avanzada, por lo que se ha propuesto la siguiente clasificación:

- Ancianos jóvenes: 60 a 74 años.
- Ancianos mayores: 75 a 100 años.
- Centenarios: más de 100 años.

A veces se incluye una cuarta categoría de anciano intermedio que comprende las edades de 75 a 84 años, lo que acorta la edad de los ancianos mayores de 85 a 100 años. El perfil, los intereses, los cambios en los cuidados de la salud de cada uno de estos grupos pueden ser muy diferentes. Por ejemplo, una persona de 66 años puede desear someterse a una cirugía estética para competir en el mercado de un trabajo

ejecutivo; una mujer de 74 años recién casada por segunda ocasión quizás desee hacer algo respecto a la sequedad de su canal vaginal; es posible que un hombre de 82 años de edad esté consciente de que sus rodillas artríticas limitan su capacidad para jugar un torneo de golf; una mujer de 101 años de edad puede desesperarse por no encontrar una forma de corregir su visión limitada para poder disfrutar de la televisión.

Además de la edad cronológica, o los años que una persona ha vivido desde el nacimiento, la edad funcional es un término que los gerontólogos utilizan para describir la edad física, psicológica y social funcional; esto es relevante respecto a cómo se sienten los adultos mayores y la función puede ser más indicativa de sus necesidades que la edad cronológica. La edad percibida es otro término que se usa para describir cómo se estima la edad de una persona con base en su apariencia física. Los estudios han mostrado una correlación entre la edad percibida y la salud (Christensen y cols., 2009).

La manera en que una persona percibe su propia edad se describe como la edad identificada. Algunos adultos mayores ven a compañeros de edad similar como mayores que ellos y son reacios a unirse a grupos de personas mayores y a otras actividades porque ven a los miembros del grupo como «ancianos» y diferentes a ellos mismos.

Los estereotipos que existen respecto las personas mayores deben desecharse; en todo caso, será evidente una amplia diversidad en lugar de la homogeneidad. Además, han de eliminarse las generalizaciones basadas en la edad como el comportamiento, la función y la autoimagen porque pueden revelar más acerca de prioridades y necesidades que sólo la edad cronológica.

Crecimiento de la población e incremento de la esperanza de vida

Durante la mayor parte del siglo XX tuvo lugar un incremento significativo de la población y el número de personas mayores. Excepto por la década de 1990, la población mayor tuvo un crecimiento más rápido que el total de la población menor de 65 años. El U.S. Census Bureau proyectó un incremento sustancial del número de individuos mayores de 65 años entre 2010 y 2030 debido al impacto de los nacidos después de la Segunda Guerra Mundial, quienes entraron en este grupo poblacional en 2011. Se proyecta que en 2030 este grupo representará alrededor del 20% de la población total de Estados Unidos.

En la actualidad, los mayores de 65 años representan más del 12 % de la población de ese país. Este incremento de la población de adultos mayores se debe en parte al aumento de la expectativa de vida. Los avances en el control de las enfermedades y la tecnología de la salud, las menores tasas de mortalidad infantil y neonatal, el mejoramiento de la sanidad y las mejores condiciones de vida han incrementado la expectativa de vida para la mayoría de los estadounidenses. Ahora más gente sobrevive a su edad avanzada que nunca antes. En 1930 poco más de 6 millones de personas tenían edades de 65 años o más y su esperanza de vida era de 59,7 años. La expectativa de vida en 1965 era de 70,2 años y el número de adultos mayores excedía los 20 millones. La expectativa de vida actual alcanza los 77,9 años, con más de 34 millones de personas mayores de 65 años (tabla 1-1). No sólo más

personas alcanzan la edad avanzada sino que también viven mucho más que eso; el número de individuos de 70 y 80 años se ha elevado de modo importante y se espera que continúe en aumento (fig. 1-2). El período de vida para los humanos ahora es de 116 años. La población de más de 85 años representa alrededor del 40% de la población de edad avanzada y el número de centenarios se ha incrementado sustancialmente.

CONCEPTO CLAVE

En la actualidad más gente alcanza y se mantiene en edades avanzadas por más tiempo que nunca antes en la historia.

Aunque la expectativa de vida ha aumentado, aún difiere por raza y género, como se muestra en la tabla 1-1. Desde finales de la década de 1980 hasta el presente, la brecha en la expectativa de vida entre la población caucásica y la afroamericana se ha ensanchado porque la expectativa de vida de esta última ha disminuido. El U.S. Departament of Health and Human Services atribuye la disminución de la expectativa de vida de la población afroamericana a un incremento en las muertes por homicidio y por el síndrome de inmunodeficiencia adquirida. Esta realidad enfatiza la necesidad de enfermeras preocupadas por los problemas sociales y de salud de las personas de todas las edades porque éstos impactan en el proceso de envejecimiento de la población.

Mientras que la brecha en la expectativa de vida se incrementó entre los grupos raciales, la brecha entre los géneros disminuyó. A lo largo del siglo XX, la relación varones-mujeres declinó de manera constante hasta el punto en que había menos de 7 hombres mayores por cada 10 mujeres (tabla 1-2). La proporción disminuyó cada década. Sin embargo, en el siglo XXI esta tendencia está cambiando y la proporción varones-mujeres va en aumento.

TABLA 1-1 Expectativa de vida de 1920 a 2000 con proyecciones a 2010

		Población caucásica			Población afroamericana		
Año	*Población total de Estados Unidos*	*Total*	*Varones*	*Mujeres*	*Total*	*Varones*	*Mujeres*
1920	54,1	54,9	54,4	55,6	45,3	45,5	45,2
1950	68,2	69,1	66,5	72,2	60,8	59,1	62,9
1975	72,6	73,4	69,5	77,3	68,0	63,7	72,4
2000	77,1	77,7	74,8	80,4	72,4	68,9	75,6
2007	77,0	78,4	79,5	80,8	75,6	70,0	76,8
2010 (proyectado)	78,5	79,0	76,1	81,8	74,5	70,9	77,8

Tomada de Center for Disease Control and Prevention, National Center for Health Statistics (2011). Health, United States, 2010: With special feature on death and dying. TABLA 22. Life expectancy at Barth by race and sex. Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics.

Aunque es deseable vivir más tiempo, la calidad de esos años es de gran importancia. Más años de vida significan poco si esos años adicionales consisten en

dolor, discapacidad y mala calidad de vida; por tanto, la compresión de la mortalidad adquiere importancia. Esto significa que el inicio de una enfermedad grave y el deterioro podrían retrasarse, o comprimirse, a pocos años antes de la muerte; en consecuencia, podría vivirse una vida larga y disfrutarse de un buen estado de salud y funcionalidad la mayor parte de esos años.

PARA REFLEXIONAR

Una mayor proporción de adultos mayores en nuestra sociedad significa que los grupos de edad más jóvenes soportan una mayor carga fiscal para apoyar a la población de mayor edad. ¿Las familias jóvenes deberían hacer sacrificios para costear los servicios de los adultos mayores? ¿Por qué?

Estado civil y patrones de convivencia

Las mayores tasas de supervivencia de las mujeres, junto con el hecho de que las mujeres se casan con varones mayores que ellas, hacen que no sea una sorpresa que más de la mitad de las mujeres mayores de 65 años sean viudas y que casi todos sus contemporáneos varones estén casados (fig. 1-3). Las personas casadas tienen una tasa de mortalidad más baja que las solteras de todas las edades, y los varones tienen una ventaja mayor.

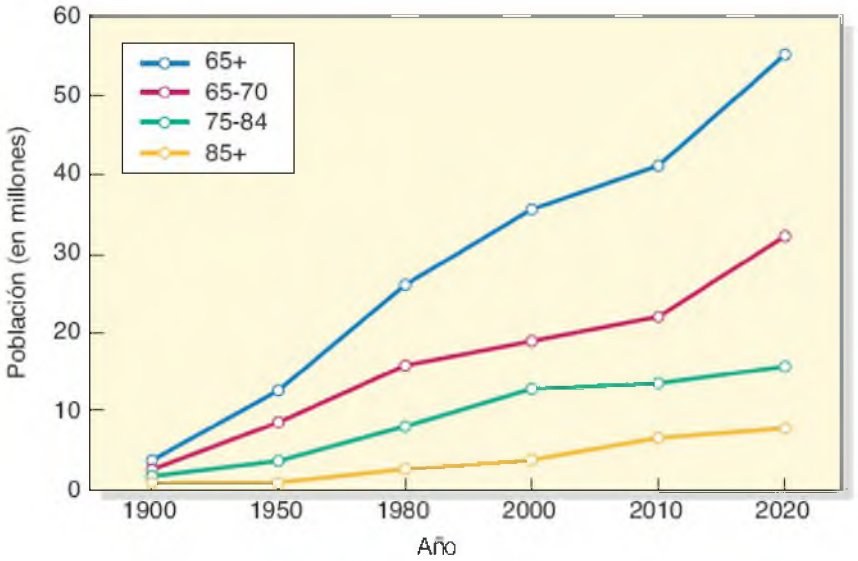


FIGURA 1-2 ■ La población anciana desde 1900 a 2020 (millones). Tomado del U.S. Bureau of the Census. General Population Characteristics. Tables 42 and 45: projections for 2010 and 2020 and 2020 from Census Bureau International Data Base. http://www.aoa.gov/AoARoot/Aging_Statistics/Profile/Profile/2010/4.aspx).

TABLA 1-2 Relación entre géneros en las poblaciones a partir de los 65 años de edad

Año	Número de varones por cada 100 mujeres
1910	101,1
1920	101,3
1930	100,5
1940	95,5
1950	89,6
1960	82,8
1970	72,1
1980	67,6
1985	67,9
1990	67,2
1995	69,1
2000	70,4
2011	75,0
2025 (proyectado)	82,9

Tomada de CIA World Factbooks del 18 de diciembre de 2003 al 28 de marzo de 2011.

La mayoría de los adultos mayores vive en un hogar con un cónyuge u otro miembro de la familia, aunque más del doble del número de mujeres que de varones viven solas en etapas tardías de la vida. La probabilidad de vivir solo aumenta con la edad en ambos géneros (fig. 1-4). Casi todas las personas mayores tienen contacto con sus familias y no están olvidadas o descuidadas. Las realidades de la familia de personas mayores se tratan con más detalle en el capítulo 38.

CONCEPTO CLAVE

Es más probable que las mujeres sean viudas y que vivan solas en etapas tardías de la vida que sus contrapartes varones.

Ingresos y empleo

El porcentaje de personas mayores que viven por debajo del umbral de la pobreza ha declinado y en la actualidad alrededor del 10% entra en esta categoría. Sin embargo, los adultos mayores aún enfrentan problemas financieros. Más de la mitad de los ingresos de la mayoría de las personas de edad avanzada depende de la seguridad

social (recuadro 1-2). Las mujeres y los grupos minoritarios tienen mucho menos ingresos que los varones caucásicos. Aunque el patrimonio neto medio de los hogares de edades avanzadas es casi el doble del promedio nacional, por la alta prevalencia de propietarios de vivienda entre los adultos mayores muchos de ellos son «ricos en activos y pobres en efectivo». No obstante, el reciente descenso de los precios de la vivienda ha hecho que los activos de estas personas sean menos valiosos para muchos adultos mayores.

Aunque el porcentaje que los adultos mayores representan en la población total está creciendo, el porcentaje que constituyen entre la fuerza laboral disminuye de modo constante. La retirada de los hombres de la fuerza de trabajo a edades tempranas es una de las tendencias más significativas en la fuerza de trabajo desde la Segunda Guerra Mundial. Sin embargo, el porcentaje de mujeres de mediana edad que trabajan ha experimentado un aumento importante, si bien la participación laboral de las mujeres de 65 años de edad y mayores muestra pocos cambios. La mayoría de los nacidos después de la Segunda Guerra Mundial expresa el deseo y la necesidad de seguir trabajando al entrar a la edad de jubilación.

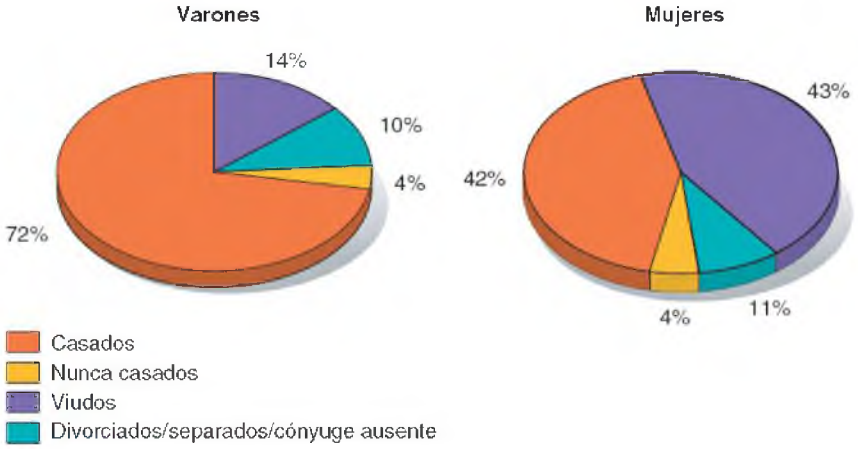
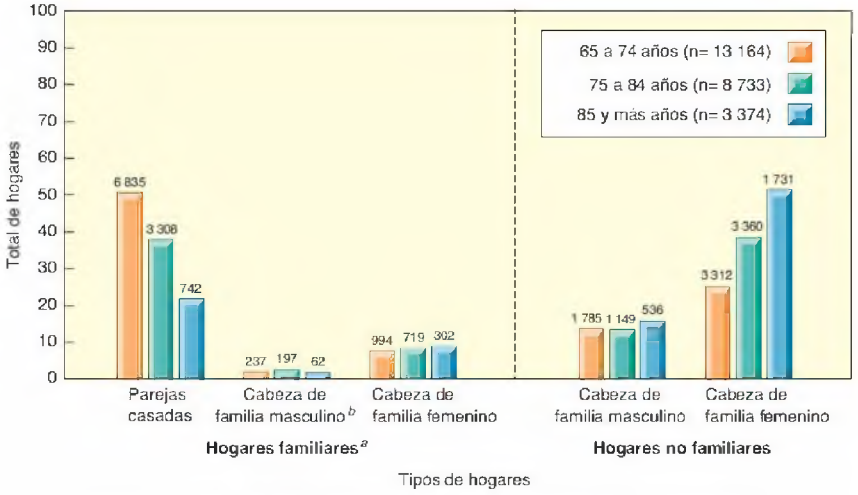


FIGURA 1-3 ■ Estado civil de la población a partir de los 65 años. (%) Tomada de U.S. Department of Commerce. (2005). *Current population survey, annual social and economic supplement of the U.S. Bureau of the Census.* Washington, DC: Bureau of the Census).



[a] Hogares en los que al menos un miembro de la familia está relacionado con la persona que es dueña o alquila la vivienda ocupada (cabeza de familia).

[b] Sin cónyuge presente.

FIGURA 1-4 ■ Patrones de convivencia de personas de 65 o más años. (Tomada de U.S. Census Bureau, (2010). *Current population survey, annual social and economic supplement.* Washington, DC: Bureau of the Census).

CONCEPTO CLAVE

Aunque la seguridad social estaba destinada a complementar otras fuentes de ingresos de los adultos mayores, es la fuente principal para más de la mitad de todas estas personas.

SEGURO DE SALUD

Esta década ha sacudido los sistemas de reembolso de salud en Estados Unidos y se están generando cambios a causa tanto de la necesidad de garantizar que todos los estadounidenses tengan acceso a servicios de salud como de los costos insostenibles para mantener esa atención. Aprobado en 1965 como el título 18 de la Social Security Act, Medicare es el programa de seguro de salud para los adultos mayores que son elegibles para los beneficios de la seguridad social. Este programa financiado por el gobierno federal cubre sobre todo los servicios médicos y hospitalarios además de una muy limitada atención domiciliaria especializada en servicios de salud y enfermería que está cubierta en la Parte A. Los servicios preventivos y la atención no calificados (p. ej., ayuda para el cuidado personal) no están cubiertos. Para complementar la cobertura básica, una persona puede comprar la Parte B de Medicare, que incluye servicios médicos y de enfermería, **radiografía**, pruebas de laboratorio y diagnóstico, así como vacunas contra la influenza y la neumonía,

transfusiones de sangre, **diálisis** renal, **procedimientos hospitalarios ambulatorios**, transporte limitado en ambulancia, **fármacos inmunosupresores** para receptores de **trasplante de órganos**, **quimioterapia**, tratamientos hormonales y otros tratamientos médicos ambulatorios administrados en un consultorio. La Parte B también ayuda con el pago de los **equipos médicos duraderos**, incluidos **bastones, andaderas, sillas de ruedas** y **dispositivos de movilidad**(*scooters*) para las personas con problemas de movilidad. **Dispositivos protésicos** como extremidades artificiales y prótesis mamarias tras una mastectomía, así como un par de gafas después de la **operación de cataratas** y el **oxígeno** para uso doméstico también están cubiertos. La Parte C de Medicare o los Medicare Advantage Plans dan a la gente la opción de comprar una cobertura a través de seguros privados para cubrir las prestaciones no observadas en las partes A y B de Medicare, además de tener servicios adicionales. Si bien regulados y financiados por el gobierno federal, estos planes son administrados por compañías de seguros privadas. Algunos de ellos también incluyen beneficios sobre fármacos prescritos, lo que se conoce como Medicare Advantage Prescription Drug Plan o Parte D de Medicare.

RECUADRO 1-2 Seguridad social e ingreso de seguridad suplementaria

Seguridad social: beneficio que se paga con cheque a los trabajadores jubilados con una edad mínima específica (p. ej., 65 años), a los trabajadores discapacitados de cualquier edad y a los cónyuges o hijos menores de los trabajadores. Los beneficios no dependen de la necesidad económica. Su objetivo es servir de complemento a otras fuentes de ingresos en la jubilación.

Ingreso de seguridad suplementaria: beneficio pagado mediante un cheque a las personas mayores de 65 años de edad y/o a las personas con discapacidad con base en la necesidad económica.

Las personas que cumplan con los criterios de ingreso pueden calificar para Medicaid, el programa de seguro de salud para las personas de escasos recursos de cualquier edad. Este programa se desarrolló al mismo tiempo que Medicare y es el título 19 de la Social Security Act. Los complementos de Medicaid de Medicare para los adultos mayores de escasos recursos y la mayoría de los cuidados en el hogar están pagados por este programa. Medicaid cuenta con el apoyo de fondos federales y estatales. Las disposiciones de la Affordable Care Act amplían los beneficios de Medicaid a muchas personas mayores que no reúnen los requisitos antes referidos para el programa.

Las personas de cualquier edad pueden adquirir un seguro de cuidados a largo plazo para cubrir los costos de atención de la salud no cubiertos por Medicare u otro seguro de salud. Estas pólizas pueden proporcionar beneficios para el cuidado del hogar, extensiones, cuidados domiciliarios de enfermería, cuidado diurno de adultos mayores, servicios de asistencia y otros. Las pólizas varían en cuanto a períodos, la cantidad de fondos pagados por día o mes y los tipos de servicios que cubren. Aunque beneficos, los seguros para cuidados a largo plazo no han atraído a un gran número de suscriptores. Parte de la razón de esto es que las pólizas son costosas para adultos mayores y aunque lo son menos para las personas jóvenes, los individuos más

jóvenes y más saludables tienden a no pensar en la atención a largo plazo.

Estado de salud

La población de edad avanzada experimenta un menor número de enfermedades agudas que los grupos de menor edad y una tasa de mortalidad más baja por estos problemas. Sin embargo, las personas mayores que desarrollan enfermedades agudas suelen requerir períodos más largos de recuperación y tienen más complicaciones por estos padecimientos.

La enfermedad crónica es un problema importante para la población de mayor edad. Casi todos los adultos mayores padecen al menos una enfermedad crónica y por lo general tienen múltiples enfermedades de este tipo, lo que se denomina comorbilidad, que les obligan a manejar el cuidado de varios trastornos al mismo tiempo (recuadro 1-3). Los padecimientos crónicos dan lugar a algunas limitaciones en las actividades de la vida diaria y las actividades instrumentales de la vida cotidiana de muchas personas. Cuanto mayor es la persona, más alta es la probabilidad de que tenga dificultades con las actividades de cuidado personal y la vida independiente.

RECUADRO 1-3 Diez enfermedades crónicas principales que afectan a la población a partir de los 65 años

1. Artritis.
2. Hipertensión.
3. Impedimentos auditivos.
4. Enfermedades del corazón.
5. Impedimentos visuales (incluyendo cataratas).
6. Deformidades o impedimentos ortopédicos.
7. Diabetes mellitus.
8. Sinusitis crónica.
9. Fiebre del heno y rinitis alérgica (sin asma).
10. Várices.

Fuente: Centers for Disease Control and Prevention, Chronic Disease Prevention and Health Promotion. Retrieved April 14, 2012 from http://www.cdc.gov/chronicdisease/index.html.

CONCEPTO CLAVE

Las enfermedades crónicas más prevalentes en la población de mayor edad son las que pueden tener un impacto significativo en la independencia y la calidad de la vida cotidiana.

Las enfermedades crónicas son también las principales causas de muerte (tabla 1-3). Se ha observado un cambio importante en las tasas de muerte por diversas causas en las últimas tres décadas; mientras que las muertes por cardiopatías disminuyeron, las de cáncer aumentaron.

A pesar de los avances en el estado de salud de la población de mayor edad, existen diferencias. Los estudios han encontrado que las minorías de mayor edad tienen niveles inferiores de salud y funcionalidad, por eso, cuando necesitan atención domiciliaria de enfermería, tienen más probabilidades de residir en las instalaciones que ofrecen una atención de baja calidad (Cai, Mukamel y Temkin-Greener, 2010).

IMPLICACIONES DEL ENVEJECIMIENTO DE LA POBLACIÓN

El creciente número de personas mayores de 65 años ha impactado a las agencias de servicios sociales y de salud y a los proveedores de atención médica —incluidas las enfermeras gerontológicas— que atienden a este grupo. Conforme la población de adultos mayores crece, las agencias y los proveedores deben anticipar las futuras necesidades de los servicios y el pago de éstos.

TABLA 1-3 Principales causas de muerte en personas mayores de 65 años de edad

Cardiopatías.
Neoplasias malignas (cáncer).
Enfermedades crónicas de vías respiratorias inferiores.
Enfermedad cerebrovascular.
Enfermedad de Alzheimer.
Diabetes mellitus.
Influenza y neumonía.
Nefritis, síndrome nefrótico, nefrosis.
Accidentes.
Septicemia.

Tomada de National Center for Health Statistics. (2012). *TABLA 7, Death and death rates for the 10 leading causes of death in specified age groups: U.S., preliminary 2010.* National Vital Statistics Reports, Vol. 60, No.4.

Impacto de los nacidos en la posguerra (*baby boomers*)

En previsión de las necesidades y servicios para las generaciones futuras de los adultos mayores, las enfermeras gerontológicas deben tener en cuenta las realidades de los *baby boomers* —aquellos nacidos entre 1946 y 1964—, que serán la próxima generación que se encuentre en la tercera edad. Su impacto en el crecimiento de la población de más edad es tal que se ha referido como una onda de marea demográfica. Los *baby boomers* empezaron a entrar en la tercera edad en el año 2011 y lo seguirán haciendo hasta 2030 (fig. 1-5). Aunque son un grupo muy diverso,

representado por personas tan distintas como Bill Clinton, Bill Gates y Cher, tienen algunas características bien definidas que los diferencian de otros grupos:

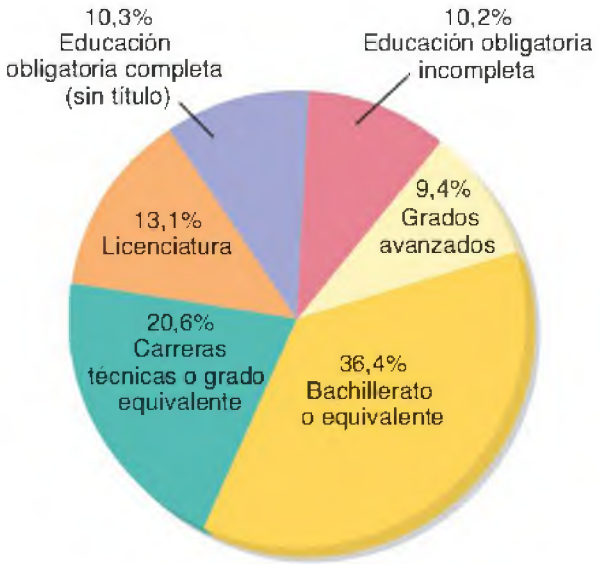


FIGURA 1-5 ■ Educación de la población de 65 y más años (tomada de U.S. Census Bureau [2010], current population survey, annual social and economic supplement, 2010. Washington, DC: Bureau of the Census).

- La mayoría tiene hijos, pero la baja tasa de natalidad de esta generación significa que tendrá menos hijos biológicos disponibles para ayudarles en la vejez.
- Están mejor educados que las generaciones anteriores.
- Los ingresos de sus hogares tienden a ser más altos que los de otros grupos, en parte porque perciben dos ingresos (tres de cada cuatro mujeres del *baby boom* están en la fuerza laboral).
- Se inclinan por un código de vestimenta más informal que las anteriores generaciones de adultos mayores.
- Están enamorados de productos de «alta tecnología» y es probable que tengan y usen una computadora en casa.
- Su tiempo libre es más escaso que el de otros adultos y son más propensos a sentirse estresados al final del día.
- Como inventores del movimiento del acondicionamiento físico (*fitness*), se ejercitan con mayor frecuencia que otros adultos.

Pueden hacerse algunas suposiciones acerca de la población del *baby boom* una vez que alcancen la edad de adultos mayores. Son consumidores informados de la atención de la salud y desean tener un papel muy activo en su cuidado; su capacidad para acceder a la información a menudo les permite tener tanto conocimiento como

sus profesionales de la salud en algunos problemas relacionados con el tema. Lo más probable es que no van a estar satisfechos con las condiciones de las residencias de adultos mayores de hoy en día y exigirán que sus centros de atención a largo plazo cuenten con acceso a Internet de noche, gimnasios, bares de jugos, piscinas y tratamientos alternativos. Sus familias compuestas pueden demandar ayuda especial debido a las posibles exigencias de cuidado de varios grupos de padrastros y abuelos adoptivos. Los planes de servicios y los diseños arquitectónicos deben tomar en cuenta estos factores.

Prestaciones y pago de servicios

El creciente número de personas mayores a los 65 años también afecta al gobierno, que es la fuente de pago de muchos de los servicios que estas personas necesitan. La población con edad avanzada tiene tasas más altas de hospitalización, intervenciones quirúrgicas y visitas médicas que otros grupos etarios (tabla 1-4), y es más probable que éstos sean pagados por fondos federales que por aseguradoras privadas o por los adultos mayores mismos.

Menos del 5% de la población mayor se encuentra en residencias de adultos mayores, comunidades de asistencia u otros entornos institucionales en un momento dado. Aproximadamente uno de cada cuatro adultos mayores pasará algún tiempo en un asilo de ancianos durante los últimos años de su vida. La mayoría de quienes ingresan a las residencias de adultos mayores privadas gasta sus activos antes de finalizar el primer año y requiere el apoyo del gobierno para su cuidado; la mayor parte del presupuesto de Medicaid se gasta en la atención a largo plazo de esta población.

TABLA 1-4 Duración media de la estancia hospitalaria

Edad (años)	<18	18–44	45–64	65–74	75–84	85+
Días de estancia	4,8	3,7	5,1	5,4	5,7	5,6

National Center for Health Statistics (2010). Health, United States, 2010. Tabla 102. Estancia media en los hospitales de corta estancia no federales, por sexo, edad y primer diagnóstico enlistado: Estados Unidos, años seleccionados 1990–2007.

Conforme la proporción de población en edad avanzada crece, la sociedad se enfrenta a un incremento en la demanda de suministros y del pago de servicios para este grupo. En esta era de déficits presupuestarios, reducción de ingresos y aumento de la competencia por la financiación de otros intereses especiales, pueden surgir preguntas respecto a la capacidad actual del gobierno para proporcionar una amplia gama de servicios para los adultos mayores. Puede haber preocupación acerca de que la población mayor utiliza una cantidad desproporcionada de dinero de los impuestos y que es necesario establecer límites.

Las enfermeras gerontológicas deben participar de forma activa en los debates y decisiones relacionados con el racionamiento de servicios para que los derechos de los adultos mayores se expresen y protejan. Del mismo modo, las enfermeras gerontológicas tienen que asumir el liderazgo en el desarrollo de métodos eficientes de prestación de servicios que no comprometan su calidad.

CONCEPTO CLAVE

Las enfermeras gerontológicas deben abogar porque los esfuerzos de contención de costos no pongan en peligro el bienestar de los adultos mayores.

LLEVANDO LA INVESTIGACIÓN A LA VIDA

LA CRISIS ECONÓMICA FRENTE A LOS ADULTOS MAYORES DE GRUPOS MINORITARIOS: ANTECEDENTES Y POLÍTICA DE RECOMENDACIONES

Dumez, J., & Derbew, H. (2011). Berkeley, CA: Greenlining Institute.

Los investigadores analizaron los datos relativos a los problemas financieros de las poblaciones de adultos mayores de grupos minoritarios en California. Sus conclusiones y recomendaciones tienen implicaciones para todos los estadounidenses latinos y afroamericanos de edad avanzada.

Al considerar la seguridad financiera durante la jubilación, los planificadores financieros reconocen las pensiones de los empleados, los ahorros personales y la seguridad social como elementos críticos. Sin embargo, las actuales poblaciones de edad avanzada pertenecientes a grupos minoritarios no han acumulado beneficios de todas las fuentes en la misma medida que los estadounidenses caucásicos. Las personas que hoy se encuentran en edad de jubilarse pudieron haber entrado en la fuerza de trabajo en un momento en que las segregaciones raciales les limitaron las oportunidades educativas y laborales, lo que afectó su capacidad de tener empleos bien remunerados que pudieron permitirles ahorrar y empleos que proporcionaran pensiones. A pesar de las mejoras, las actuales minorías de edad avanzada viven con los restos de estas realidades, lo que los lleva a seguir trabajando durante la vejez y lo que podría limitar su capacidad para tener una calidad de vida que promueva su salud.

Las enfermeras han de tener en cuenta estas realidades cuando trabajan con los adultos mayores de grupos minoritarios y deben realizar un esfuerzo especial a fin de evaluar el perfil financiero de estas personas para asegurarse de que cuenten con los medios para vivir en condiciones de seguridad, comer una dieta saludable y pagar los medicamentos, así como otras medidas de atención. Además, las enfermeras deben considerar involucrarse en los esfuerzos políticos y comunitarios que promuevan la educación y la estabilidad financiera, un seguro médico suficiente y los recursos adecuados para todos los adultos mayores.

REALIDADES PRÁCTICAS

En la sala de descanso de una unidad hospitalaria varias enfermeras están

comiendo el pastel de cumpleaños de la enfermera González, que celebra su cumpleaños 66. «Estoy muy contenta de tener compañeros de trabajo como ustedes y el trabajo me da un propósito en la vida», comentó la enfermera González para expresar su agradecimiento a todos y salió de la habitación.

La enfermera Gómez dijo en voz baja a la persona que estaba sentada a su lado: «es que no lo entiendo. Tengo la mitad de su edad y este trabajo me agota, así que sabemos que le cuesta mucho. Además, a menudo nos quedamos atascados realizando el trabajo pesado que no puede hacer».

«Yo sé que ella no tiene las capacidades físicas de algunos otros», dice la enfermera Velázquez, «pero seguro que es un almacén de información y los pacientes la aman».

«Sí, pero eso no ayuda a mi espalda cuando tengo que relevarla», responde la enfermera Gómez.

¿Cuáles son los retos de tener diferentes generaciones en un lugar de trabajo? ¿Deberían contratarse trabajadores de mayor edad? y, si es así, ¿qué se puede hacer para apoyarlos?

EJERCICIOS DE PENSAMIENTO CRÍTICO

1. ¿Qué factores influyen en la voluntad de una sociedad para proporcionar ayuda y mostrar una actitud positiva hacia las personas mayores (p. ej., las condiciones económicas generales para todos los grupos de edad)?
2. Enumerar los cambios previstos en las características de la población de edad avanzada en el futuro y describir las implicaciones para la enfermería.
3. ¿Qué problemas puede experimentar una mujer como resultado de las diferencias de género en la esperanza de vida y los ingresos?
4. ¿Cuáles son algunas de las diferencias entre los estadounidenses caucásicos y los afroamericanos de edad avanzada?

RECURSO

National Center for Health Statistics
http://www.cdc.gov/nchs

REFERENCIAS

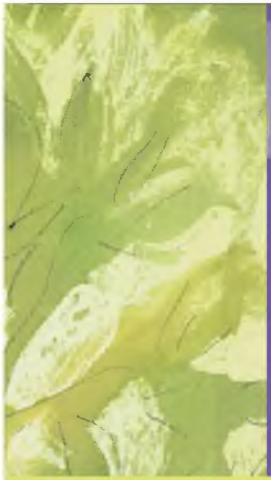
Cai, S., Mukamel, D., & Temkin-Greener, H. (2010). Pressure ulcer prevalence among black and white nursing home residents in New York state. Evidence of racial disparity. Medical Care, 48(3), 233–239.

Christensen, K., Thinggaard, M., McGue, M., Rexby, H., Hjelmborg, J. V. B., Aviv, A., Vaupel, J. W., et al. (2009). Young and old. Perceived age as clinically useful bio-marker of ageing. Cohort study. British Medical Journal, 339, b5262, doi:10.1136/bmj.b5262.

LECTURAS RECOMENDADAS

Las lecturas recomendadas relacionadas con este capítulo pueden encontrarse en el sitio web que

acompaña al libro. Visítese **http://thepoint.lww.com/espanol-Eliopoulos8e** para acceder a las lecturas recomendadas y otros recursos adicionales vinculados con este capítulo.



CAPÍTULO 2

Teorías del envejecimiento

RESUMEN DEL CAPÍTULO

Teorías biológicas del envejecimiento

Teorías estocásticas.

Teorías no estocásticas.

Teorías sociológicas del envejecimiento

Teoría de la desconexión.

Teoría de la actividad.

Teoría de la continuidad.

Teoría de la subcultura.

Teoría de la estratificación de las edades.

Teorías psicológicas del envejecimiento

Tareas del desarrollo.

Gerotrascendencia.

Aplicación de las teorías del envejecimiento a la práctica de enfermería

Durante siglos, los individuos han estado intrigados por el misterio del envejecimiento y han tratado de entenderlo, algunos con la esperanza de alcanzar la eterna juventud, otros intentando encontrar la clave de la inmortalidad. A lo largo de la historia ha habido numerosas

búsquedas de una fuente para la juventud, la más famosa de las cuales es la de Ponce de León. Reliquias egipcias y chinas muestran evidencias de pócimas diseñadas para prolongar la vida o alcanzar la inmortalidad, y otras culturas han propuesto regímenes dietéticos específicos, diversas mezclas de hierbas y rituales para fines similares. Antiguos preparados para prolongar la vida, como extractos hechos con testículos de tigre, pueden parecer absurdos si se comparan con medidas más modernas, como las inyecciones de tejido embrionario y de toxina botulínica. Incluso las personas que no gustan de estas prácticas peculiares pueden disfrutar de complementos nutricionales, cremas estéticas y balnearios exóticos que prometen mantener la juventud y retrasar la aparición o la apariencia de la vejez.

OBJETIVOS DE APRENDIZAJE

Después de estudiar este capítulo, el lector será capaz de:

1. Plantear el cambio de enfoque del aprendizaje sobre los factores que influyen en el envejecimiento.
2. Enumerar las principales teorías biológicas del envejecimiento.
3. Describir las principales teorías psicosociales del envejecimiento.
4. Identificar los factores que promueven una vida sana durante el proceso de envejecimiento.

CONCEPTOS BÁSICOS

Envejecimiento: conjunto de cambios fisiológicos que sufre el ser humano con el paso del tiempo.

Teorías estocásticas: explicación de los efectos del envejecimiento biológico como resultado de agresiones debidas al azar, tanto internas como del ambiente externo.

Teorías no estocásticas: explicación biológica del envejecimiento como el resultado de un complejo proceso que está predeterminado.

No hay un solo factor que sea la causa o que prevenga el envejecimiento; por lo tanto, no es realista pensar que una teoría puede explicar completamente este proceso. Se mantienen las investigaciones sobre las causas del envejecimiento biológico, psicológico y social, y aunque algunas se centran en el logro de la eterna juventud, la mayoría de los esfuerzos de investigación más sólidos apunta hacia una mejor comprensión del proceso de envejecimiento para que las personas puedan tener una vejez más saludable y posponer algunos de las consecuencias negativas que se vinculan con ella. De hecho, la investigación reciente se ha centrado en aprender acerca de mantener a las personas sanas y activas durante más tiempo, en lugar de la ampliación de la vida en estado de larga incapacidad (Hubert, Bloch, Oehlert y Fries,

2002). Al reconocer que las teorías del envejecimiento poseen diferentes grados de universalidad, validez y fiabilidad, las enfermeras pueden usar esta información para entender mejor los factores que pudieran influir de modos positivo y negativo en la salud y el bienestar de las personas de todas las edades.

TEORÍAS BIOLÓGICAS DEL ENVEJECIMIENTO

El proceso de envejecimiento biológico se diferencia no sólo entre especies, sino también de un ser humano a otro. Aunque deben considerarse algunas de las observaciones generales ante los cambios previstos de ciertos órganos, como se describe en el capítulo 5, no hay dos individuos con evolución idéntica (fig. 2-1). Se encuentran diversos grados de cambios fisiológicos, capacidades y limitaciones entre los coetáneos. Además, en un individuo el índice de envejecimiento entre sus diferentes sistemas puede variar; es posible que un sistema muestre un marcado deterioro, mientras que en otro no se observe algún cambio significativo.

CONCEPTO CLAVE

El proceso de envejecimiento varía no sólo entre los individuos sino también dentro de los diferentes sistemas corporales de la misma persona.

FIGURA 2-1 ■ El envejecimiento es un proceso altamente individualizado, como lo demuestran las

diferencias entre los personas de edades similares.

Para explicar el envejecimiento biológico, los teóricos han explorado diversos factores tanto internos como externos en el cuerpo humano y los han dividido en dos categorías: estocásticos y no estocásticos. Las teorías estocásticas consideran que los efectos del envejecimiento son el resultado de agresiones del ambiente tanto interno como externo, debidas al azar. Las teorías no estocásticas ven los cambios secundarios al envejecimiento como un proceso complejo y predeterminado.

Teorías estocásticas

Teoría de la interferencia

La teoría de la interferencia propone que la división celular se ve amenazada como resultado de la radiación o de una reacción química en la que un agente agresor se une a una cadena de ADN y modifica la separación normal de las fibras durante la mitosis. Con el tiempo, ya que estos agentes de interferencia se acumulan, se acomodan en grupos densos que impiden el transporte intracelular; al final, la función normal de órganos y sistemas corporales falla. Un efecto de la reticulación sobre el colágeno (una sustancia importante del tejido conectivo en pulmones, corazón, vasos sanguíneos y músculo) es la reducción de la elasticidad de los tejidos que se vincula con diversos cambios relacionados con la edad.

Radicales libres y teoría de la lipofuscina

Los radicales libres son moléculas muy inestables y reactivas que contienen una carga eléctrica adicional y que provienen del metabolismo del oxígeno. Pueden ser consecuencia del metabolismo normal, de reacciones con otros radicales o de la oxidación de ozono, pesticidas y otros contaminantes. Estas moléculas pueden dañar las proteínas y enzimas, y provocar un desorden genético mediante la sustitución de las moléculas de ADN que contienen información biológica útil por moléculas defectuosas. Se cree que estos radicales libres se autoperpetúan, es decir, que generan otros radicales libres. El deterioro físico del cuerpo se produce porque el daño de estas moléculas se acumula con el tiempo. Sin embargo, el cuerpo tiene antioxidantes naturales que pueden contrarrestar, en cierto grado, los efectos de los radicales libres. Además, el □-caroteno y las vitaminas C y E son antioxidantes que confieren protección contra dichos radicales libres.

Ha habido un considerable interés en el papel de la lipofuscina, «pigmento de la edad», un subproducto de las lipoproteínas de la oxidación en el proceso de envejecimiento que puede verse sólo con un microscopio de fluorescencia. Ya que la lipofuscina se asocia con la oxidación de los lípidos insaturados, se cree que tiene una función similar a la de los radicales libres en el envejecimiento. Conforme la lipofuscina se acumula, interfiere con la difusión y el transporte de metabolitos esenciales y con las moléculas de transporte de información en las células. Existe una relación positiva entre la edad de la persona y la cantidad de lipofuscina en el cuerpo. Los investigadores han descubierto la presencia de lipofuscina en otras especies en cantidades proporcionales a la duración de la vida de la especie (p. ej., un animal cuya vida dura el tiempo equivalente a la décima parte de la de un ser humano

acumula una tasa de lipofuscina aproximadamente 10 veces más alta que las personas).

Teorías de uso y desgaste

La comparación del desgaste del cuerpo con las máquinas que han perdido su capacidad para funcionar surgió durante la Revolución Industrial. Las teorías de uso y desgaste atribuyen el envejecimiento al uso repetido y a lesiones del cuerpo a través del tiempo, por la repetición de funciones muy especializadas. Como cualquier máquina compleja, el cuerpo funcionará de forma menos eficiente con el uso prolongado y después de numerosas agresiones (p. ej., tabaquismo, dieta deficiente y abuso de sustancias tóxicas).

En los últimos años se han discutido ampliamente los efectos del estrés en la salud física y psicológica. El estrés puede tener efectos adversos y conducir a enfermedades como úlcera gástrica, cardiopatías, tiroiditis y dermatosis inflamatorias. Sin embargo, como los individuos reaccionan de manera diferente a las tensiones de la vida, una persona puede sentirse abrumada por una jornada con actividad moderada, mientras que otra tal vez se frustre al enfrentarse a un ritmo lento y aburrido, de lo que se deduce que el papel del estrés en el envejecimiento no es concluyente.

Teorías evolutivas

Las teorías evolutivas del envejecimiento están relacionadas con la genética y plantean que las diferencias en el proceso de envejecimiento y la longevidad de diversas especies se debe a la interacción entre los procesos de mutación y selección natural. Al atribuir el envejecimiento al proceso de selección natural, estas teorías se vinculan con aquellas que se relacionan con la evolución.

Varios grupos de teorías generales asocian el envejecimiento con la evolución. La *teoría de la acumulación de mutaciones* sugiere que el envejecimiento se produce debido a la disminución de la fuerza de la selección natural con la edad. En otras palabras, las mutaciones genéticas que afectan a los niños se eliminarán porque las víctimas no vivirán el tiempo suficiente para reproducirse y transmitirlas a las generaciones futuras. No obstante, las mutaciones genéticas que aparecen al final de la vida se acumularán porque los individuos mayores afectados transmitirán estas mutaciones a su descendencia.

La *teoría pleiotrópica antagónica* sugiere que los genes mutantes acumulados con efectos negativos en la edad avanzada pudieron haber tenido efectos beneficiosos en los primeros años de vida. Se supone que esto ocurre porque los efectos de los genes mutantes se presentan de manera inversa durante la vejez en comparación con los primeros años de vida o debido a que un gen en particular puede tener efectos múltiples, algunos positivos y otros negativos.

La *teoría del soma desechable* difiere de otras teorías evolucionistas al proponer que el envejecimiento se relaciona con el uso de la energía corporal y no con la genética. Afirma que el cuerpo debe utilizar energía para su metabolismo, para la reproducción, para el mantenimiento de funciones y para la reparación, y que el suministro finito de energía de los alimentos para llevar a cabo estas funciones

produce cierto deterioro. A través de la evolución, los organismos han aprendido a dar prioridad al gasto de energía para las funciones reproductivas y no para aquellas que podrían mantener el cuerpo de manera indefinida; por lo tanto, declinan y en última instancia se presenta la muerte.

CONCEPTO CLAVE

Las teorías evolutivas sugieren que el envejecimiento «es fundamentalmente el producto de fuerzas evolutivas, no de peculiaridades bioquímicas o celulares... es un fenómeno darwiniano, no un proceso bioquímico» (Rose, 1998).

Biogerontología

El estudio de la conexión entre el envejecimiento y los procesos de enfermedad se denomina *biogerontología* (Miller, 1997). Se cree que bacterias, hongos, virus y otros microorganismos producen ciertos cambios fisiológicos durante el proceso de envejecimiento. En algunos casos, estos patógenos pueden estar presentes en el cuerpo durante décadas antes de que empiecen a afectar los sistemas corporales. Aunque no existe evidencia concluyente para vincular estos patógenos con el deterioro corporal, el hecho de que los seres humanos y los animales disfruten ya de una mayor esperanza de vida gracias al control o la eliminación de ciertos patógenos mediante la inmunización y el uso de antimicrobianos ha motivado el interés en esta teoría.

Teorías no estocásticas

Apoptosis

La apoptosis es el proceso de muerte celular programada que ocurre continuamente durante la vida como resultado de fenómenos bioquímicos (Green, 2011). En este proceso, la célula se reduce y ocurre fragmentación nuclear y del ADN, aunque la membrana mantiene su integridad. Se diferencia de la muerte celular que se produce a partir de lesiones, hay inflamación de las células y pérdida de integridad de la membrana. De acuerdo con esta teoría, la muerte celular programada es parte del proceso de desarrollo normal que continúa durante toda la vida.

Teorías genéticas

Entre las primeras teorías genéticas se encuentra la *teoría de la esperanza de vida programada*, que propone que los animales y los seres humanos nacen con un programa genético o reloj biológico que predetermina la esperanza de vida (Hayflick, 1965). Varios estudios apoyan esta idea de un programa genético que predetermina la esperanza de vida. Por ejemplo, los estudios han mostrado una relación positiva entre la edad paterna y la duración de la vida de sus hijos. Además, los estudios de proliferación celular *in vitro* han demostrado que varias especies tienen un número finito de divisiones celulares. Los fibroblastos del tejido embrionario tienen un mayor número de divisiones celulares que los derivados del tejido adulto, entre las diversas especies mientras más larga sea la duración de la vida, mayor será el número de

divisiones celulares. Estos estudios apoyan la teoría de que la senescencia —proceso de envejecer— está bajo control genético y ocurre a nivel celular (Harvard Gazette Archives, 2001; Martin, 2009; University of Illinois en Urbana-Champaign, 2002).

La *teoría del error* también propone una determinación genética para el envejecimiento. Sostiene que mutaciones genéticas son responsables del envejecimiento al causar el declive de órganos como resultado de mutaciones celulares autoperpetuadas:

Mutación del ADN
⇓
Perpetuación de la mutación durante la división celular
⇓
Incremento del número de células mutantes en el cuerpo
⇓
Disfunción de tejidos, órganos y sistemas
⇓
Disminución de las funciones corporales

Otros teóricos piensan que el envejecimiento se origina cuando no se produce una sustancia de crecimiento, lo que lleva al cese del crecimiento celular y de la reproducción. Algunos plantean la hipótesis de la sobreproducción de un factor de envejecimiento encargado del desarrollo y la madurez celular en toda la vida, lo que acelera el envejecimiento. Algunos más proponen que las capacidades de la célula para funcionar y dividirse están deterioradas. Aunque existe muy escasa investigación que apoye esta teoría, el envejecimiento puede ser el resultado de una disminución de la capacidad del ARN para sintetizar y traducir mensajes.

PARA REFLEXIONAR

¿Qué patrones de envejecimiento son evidentes en su familia biológica? ¿Qué puede hacerse para influir en ellos?

Reacciones autoinmunitarias

Se cree que los principales órganos del sistema inmunitario, el timo y la médula ósea, son afectados por el proceso de envejecimiento. La respuesta inmunitaria declina después de la edad de adulto joven. El peso del timo se reduce a lo largo de la edad adulta, lo mismo que la capacidad de las células T para diferenciarse. La concentración de hormona tímica desciende después de los 30 años de edad y es indetectable en la sangre de las personas mayores de 60 años (Goya, Console, Herenu, Brown y Rimoldi, 2002; Williams, 1995). Esto se relaciona con una disminución de la respuesta inmunitaria humoral, retraso en el tiempo de rechazo de aloinjertos de piel, reducción en la intensidad de la hipersensibilidad retardada y disminución en la resistencia al desafío de las células tumorales. Las células madre de la médula ósea funcionan con menos eficiencia. El declive de las funciones inmunitarias se evidencia mediante un incremento de la incidencia de infecciones y de muchos tipos de cáncer conforme la edad avanza.

Algunos teóricos creen que la reducción de la actividad inmunitaria también conduce, con la edad, a un incremento de la respuesta autoinmunitaria. Una hipótesis con respecto al papel de las reacciones autoinmunitarias en el proceso de envejecimiento es que las células experimentan cambios con la edad y que el cuerpo las identifica erróneamente como agentes externos y desarrolla anticuerpos para atacarlas. Una explicación alternativa para esta reacción podría ser que las células son normales hasta la vejez, pero un deterioro en el sistema corporal de memoria inmunoquímica conduce a una interpretación errónea de las células normales como sustancias extrañas. Se forman anticuerpos para atacar y liberar el cuerpo de estas sustancias «extrañas» y las células mueren.

Teorías neuroendocrina y neuroquímica

Las teorías neuroendocrina y neuroquímica sugieren que el envejecimiento es resultado de cambios en el cerebro y las glándulas endocrinas. Algunos teóricos afirman que hormonas específicas de la hipófisis anterior promueven el envejecimiento. Otros creen que un desequilibrio de sustancias químicas en el cerebro deteriora la división celular sana en todo el cuerpo.

Teorías de la radiación

La relación entre la radiación y la edad aún está en fase de investigación. Investigaciones con ratas, ratones y perros muestran que la duración de la vida se reduce con la aplicación de dosis letales de radiación. En los seres humanos, se sabe que la exposición repetida a la luz ultravioleta puede causar elastosis solar, el tipo de «vejez» asociado con las arrugas en la piel que resultan de la sustitución de colágeno por elastina. La luz ultravioleta es también un factor en el desarrollo de cáncer de piel. La radiación puede inducir mutaciones celulares que promueven el envejecimiento.

Teorías de la nutrición

La importancia de una buena nutrición durante toda la vida es un tema difícil de eludir en nuestra sociedad consciente de su nutrición. No es un misterio que la dieta impacta sobre la salud y el envejecimiento. Está demostrado que la obesidad aumenta el riesgo de muchas enfermedades y acorta la vida (NIDDK, 2001, Preston, 2005; Taylor y Ostbye, 2001).

La calidad de la dieta es tan importante como la cantidad. Las deficiencias de vitaminas y otros nutrientes, y los excesos de nutrientes como el colesterol pueden desencadenar diversos procesos patológicos. En fecha reciente se ha puesto mayor énfasis en la influencia de los complementos alimenticios en el proceso de envejecimiento; la vitamina E, el polen de abeja, el ginseng, la centella asiática, la menta y las algas se encuentran entre los nutrientes que al parecer promueven una vida larga y saludable (Margolis, 2000; Smeeding, 2001). Aunque la relación completa entre la dieta y el envejecimiento no está bien aceptada, se conoce lo suficiente para sugerir que una buena dieta puede reducir o eliminar algunos de los efectos negativos del proceso de envejecimiento.

CONCEPTO CLAVE

Es conveniente que las enfermeras asesoren a la población de edad avanzada para que sepan distinguir los productos que afirman causar, detener o revertir el proceso de envejecimiento.

Teorías ambientales

Se sabe que varios factores ambientales amenazan la salud y se cree que están relacionados con el proceso de envejecimiento. La ingestión de mercurio, plomo, arsénico, isótopos radiactivos, ciertos plaguicidas y otras sustancias puede producir cambios patológicos en los seres humanos. Fumar y respirar humo de tabaco y otros contaminantes en el aire también tienen efectos adversos. Por último, se cree que las intensas condiciones de vida, los altos niveles de ruido y otros factores influyen en el envejecimiento.

PARA REFLEXIONAR

¿Las enfermeras tienen la responsabilidad de proteger y mejorar el medioambiente? ¿Por qué?

TEORÍAS SOCIOLÓGICAS DEL ENVEJECIMIENTO

Teoría de la desconexión

Las teorías sociológicas abordan el impacto de la sociedad en los adultos mayores y viceversa. Estas teorías a menudo reflejan la visión que se tenía de los mayores en el momento en que se desarrollaron. Las normas de la sociedad influyeron en cómo se veían los roles y las relaciones de este grupo poblacional.

Desarrollada por Elaine Cumming y William Henry, la teoría de la desconexión (Cumming, 1964, Cumming y Henry, 1961) es una de las primeras teorías del envejecimiento y se encuentra entre las más polémicas y discutidas. Considera el envejecimiento como un proceso en el que la sociedad y el individuo gradualmente se separan, o desconectan, la una del otro, a satisfacción y beneficio mutuo. El beneficio para los individuos es que pueden reflexionar y centrarse en sí mismos, una vez que han sido liberados de roles sociales. El valor de desconexión para la sociedad es que se establece cierto medio ordenado para la transferencia del poder de los adultos mayores a los jóvenes, con lo que es posible que la sociedad siga funcionando después de que sus miembros individuales mueren. La teoría no indica si es la sociedad o el individuo quien inicia este el proceso de desconexión.

Son evidentes diversas dificultades con este concepto y esta teoría ha sido desacreditada (Johnson, 2009). Muchas personas mayores desean seguir participando y no quieren que su principal satisfacción se derive de la reflexión de sus años de juventud. Senadores, magistrados de la Suprema Corte, profesores universitarios y muchos voluntarios mayores están entre los que suelen sentir satisfacción al proporcionar un valioso servicio a la sociedad al no desconectarse. Puesto que la

salud, las prácticas culturales, las normas sociales y otros factores influyen en el grado de participación de una persona en la sociedad durante sus últimos años, algunos críticos de esta teoría afirman que la desconexión no sería necesaria si la sociedad mejorara los medios financieros de los mayores, la atención médica y si la aceptación, las oportunidades y el respeto que se les brindan se incrementaran.

Un examen cuidadoso de la población estudiada en el desarrollo de la teoría de la desconexión destaca sus limitaciones. El patrón de desconexión descrito por Cumming y Henry se basó en un estudio de 172 personas de clase media de 48 a 68 años de edad. El grupo lo formaron las personas con más recursos, mejor educadas y con mayor prestigio ocupacional y residencial que la población de edad avanzada en general. El estudio no tuvo en cuenta a personas afroamericanas ni a enfermos crónicos. Se aconseja tener cuidado al generalizar a toda la población de edad avanzada las conclusiones de este estudio basado en menos de 200 personas no representativas del promedio de personas mayores. (Este estudio es un ejemplo de algunas de las limitaciones de la investigación gerontológica anterior a la década de 1970.) Aunque las enfermeras deben ser conscientes de que algunos individuos mayores desean retirarse de la corriente principal de la sociedad, esto no es necesariamente un proceso que se espera de todas las personas de edad.

Teoría de la actividad

En el polo opuesto de la teoría de la desconexión se halla la teoría de la actividad, que afirma que una persona mayor debe seguir un estilo de vida similar al de los adultos tanto como sea posible, con lo que niega la existencia de una tercera edad y que la sociedad debe aplicar las mismas normas a las personas de edad avanzada así como a aquellas de menor edad; no defiende la disminución de la actividad, el interés y la participación conforme sus miembros envejecen (Havighurst, 1963). Esta teoría sugiere formas de mantener la actividad aun en presencia de las múltiples pérdidas que se asocian con el proceso de envejecimiento, incluidas la sustitución de actividades físicas por actividades intelectuales cuando la capacidad física se reduce, el reemplazo de la función laboral por otras funciones cuando la jubilación tiene lugar y el establecimiento de nuevas amistades cuando las anteriores se pierden. La disminución de la salud, la pérdida de funciones, la reducción de los ingresos, un círculo cada vez menor de amigos y otros obstáculos para el mantenimiento de un estilo de vida activo se resisten y vencen en vez de aceptarse.

Esta teoría tiene algún mérito. Por lo general, se da por hecho que la actividad es más deseable que la inactividad porque facilita el desarrollo y el bienestar físico, mental y social. Como una profecía autocumplida, la expectativa de un estado activo continuado durante la edad avanzada puede alcanzarse en beneficio de los mayores y la sociedad. Debido a la visión social negativa de la inactividad, fomentar un estilo de vida activo conforme pasan los años es congruente con los valores sociales. Otro aspecto que apoya la teoría de la actividad es la renuencia de muchas personas de edad avanzada a aceptarse a sí mismos como tal.

Un problema de la teoría de la actividad es el supuesto de que las personas mayores desean y son capaces de mantener un estilo de vida correspondiente a la mediana edad. Algunas personas que envejecen quieren que su mundo se contraiga

para adaptar la disminución de sus capacidades o preferencias a papeles menos activos. Muchos individuos mayores carecen de los recursos físicos, emocionales, sociales o económicos para mantener un papel activo en la sociedad. La gente de edad avanzada de la que se espera que mantenga un estilo de vida con la actividad de las personas de menor edad y un ingreso inferior a la mitad puede preguntarse si la sociedad le da mensajes contradictorios. Se requiere más investigación y diferentes puntos de vista con respecto a los efectos sobre los mayores que no son capaces de cumplir con las expectativas de mantenerse activos.

Teoría de la continuidad

La teoría de la continuidad en el envejecimiento, también conocida como teoría del desarrollo, se refiere a la personalidad y la predisposición hacia ciertas acciones en la vejez que son similares a dichos factores durante otras fases del ciclo de vida (Neugarten, 1964). Se dice que la personalidad y los patrones básicos de la conducta subsisten sin modificaciones a pesar de la edad. Por ejemplo, es muy probable que los que eran activistas a los 20 años aún lo sean a los 70 años, mientras que reclusos a edades jóvenes probablemente no se mantendrán activos en el estándar de la sociedad cuando envejezcan. Los patrones desarrollados durante toda la vida determinarán si las personas permanecerán comprometidas y activas o no lo harán.

El reconocimiento de las características específicas de cada individuo posibilita múltiples adaptaciones a su envejecimiento y existe potencial para una variedad de reacciones que validan y apoyan esta teoría. El envejecimiento es un proceso complejo y la teoría de la continuidad considera estas complejidades en mayor medida que la mayoría de las teorías. Aunque las implicaciones y el impacto completos de esta teoría prometedora están en etapa de investigación, ofrece una perspectiva razonable. Asimismo, se alienta a los jóvenes a considerar que sus actividades actuales sentarán una base para su propia vejez en el futuro.

CONCEPTO CLAVE

Los patrones psicológicos básicos son consistentes durante toda la vida.

Teoría de la subcultura

Esta teoría considera a las personas mayores como un grupo con distintas normas, creencias, expectativas, costumbres y cuestiones que los separan del resto de la sociedad (Rose, 1965). La formación de una subcultura es una respuesta a las actitudes negativas y al trato de la sociedad. Las personas de edad avanzada son más aceptadas y se sienten más cómodas entre su propio grupo de edad. Un componente de esta teoría es el argumento a favor de la reforma social y un mayor empoderamiento de las poblaciones de edad avanzada, que favorecen que se respeten sus derechos y necesidades.

A medida que la población de adultos mayores se hace más diversa, sus necesidades están mejor identificadas y su poder más reconocido, aunque permanece la pregunta de si esta teoría es menos relevante de lo que era en la década de 1960,

cuando apareció por primera vez.

Teoría de la estratificación de las edades

Esta teoría, que apareció en la década de 1970, sugiere que la sociedad está estratificada por grupos de edad (Riley, Johnson y Foner, 1972). Las personas de un grupo etario determinado suelen tener experiencias, creencias, actitudes y transiciones de vida similares que les ofrecen una visión única y compartida de la historia. Continuamente se forman nuevos grupos etarios con el nacimiento de nuevos individuos, por lo que la interacción entre la sociedad y el envejecimiento de la población es dinámica. Cada grupo de edad tiene su propia y única experiencia e influencia sobre la sociedad, y hay una interdependencia entre la sociedad y el grupo.

TEORÍAS PSICOLÓGICAS DEL ENVEJECIMIENTO

Tareas del desarrollo

Las teorías psicológicas del envejecimiento exploran el proceso mental, los comportamientos y los sentimientos de las personas durante toda la vida, junto con algunos mecanismos que la gente utiliza para responder a los desafíos de la vejez. Entre estas teorías se encuentran las que describen el proceso de envejecimiento psicológico saludable como el resultado de la realización exitosa de las tareas del desarrollo. Las tareas del desarrollo son los desafíos que deben enfrentarse y los ajustes que deben hacerse en respuesta a las experiencias de vida que son parte del continuo crecimiento de un adulto medio durante el tiempo de esperanza de vida.

Erik Erikson (1963) describe ocho etapas en las cuales los seres humanos efectúan su desarrollo desde la infancia hasta la vejez y los retos, o tareas, a los que se enfrentan durante cada una de estas etapas (tabla 2-1). El desafío de la vejez consiste en aceptar y encontrar significado a la vida que se ha vivido; esto da integridad al ego individual y le ayuda a adaptarse y enfrentar la realidad del envejecimiento y la mortalidad. Los sentimientos de ira, amargura, depresión e insuficiencia pueden dar lugar a una inadecuada integridad del ego (p. ej., la desesperación).

Afinando la descripción de Erikson sobre las tareas de la vejez en la octava etapa de desarrollo, Robert Peck (1968) detalla tres desafíos específicos a los que se enfrentan los adultos mayores y que influyen en el resultado sobre la integridad o la desesperación del ego:

- *Diferenciación del ego frente a la preocupación por el papel*: desarrollar satisfacciones de uno mismo como persona en lugar de los roles establecidos a través de los padres o las funciones laborales.
- *Trascendencia del cuerpo frente a la preocupación sobre el cuerpo:* encontrar placeres psicológicos en lugar de dejarse absorber por problemas de salud o por las limitaciones físicas impuestas por el envejecimiento.
- *Trascendencia del ego frente a la preocupación por el ego:* lograr la satisfacción

mediante la reflexión sobre la propia vida y los logros del pasado en lugar de la preocupación derivada del límite de años por vivir.

Tabla 2-1 Etapas del desarrollo de Erikson

Etapa	Cumplida satisfactoriamente	Cumplida insatisfactoriamente
Lactancia	Confianza	Desconfianza
Hasta 3 años	Autonomía	Vergüenza
Primera infancia	Iniciativa	Culpa
Infancia media	Ahínco	Inferioridad
Adolescencia	Identidad	Difusión de la identidad
Edad adulta	Intimidad	Aislamiento
Edad media	Generatividad	Ensimismamiento
Vejez	Integridad	Desesperación

Robert Butler y Myrna Lewis (1982) describen tareas de desarrollo adicionales de las fases finales de la vida:

- Adaptarse a las propias debilidades.
- Desarrollar un sentido de satisfacción con la vida que se ha vivido.
- Prepararse para la muerte.

Gerotrascendencia

La gerotranscendencia es una teoría reciente que sugiere que el envejecimiento implica una transición de una metaperspectiva racional y materialista a una visión cósmica y trascendente (Tornstam, 2005). Cuando las personas envejecen, están menos interesadas en sus cuerpos físicos, sus bienes materiales, sus relaciones sin sentido y sus intereses propios y en su lugar desean una vida más significativa y un mayor vínculo con los demás. Existe el deseo de asumir papeles e invertir tiempo en descubrir facetas ocultas de uno mismo.

PARA REFLEXIONAR

¿Qué ejemplos de gerotrascendencia ve en la vida de otros y en la de usted mismo?

CONCEPTO CLAVE

Las enfermeras pueden promover la alegría y el sentido de trascendencia en los adultos mayores mediante la visualización de la edad como una oportunidad para el desarrollo continuo y la satisfacción en lugar de un período deprimente e inútil de la vida.

APLICACIÓN DE LAS TEORÍAS DEL ENVEJECIMIENTO A LA PRÁCTICA DE ENFERMERÍA

El número, la diversidad y la complejidad de los factores que potencialmente influyen en el proceso de envejecimiento muestran que ninguna teoría puede explicar adecuadamente la causa de este fenómeno. Incluso en los estudios realizados en poblaciones conocidas por tener una mayor esperanza de vida, como el pueblo de la región del Cáucaso al sur de Rusia, la longevidad no ha sido atribuible a un solo factor.

Los procesos biológicos, psicológicos y sociales del envejecimiento están relacionados entre sí y son interdependientes. Con frecuencia, la pérdida del rol social afecta el sentido de trascendencia del individuo y desencadena un deterioro rápido. La mala salud puede obligar a retirarse del trabajo y promover el aislamiento social y el desarrollo de un autoconcepto debilitado. A pesar de que ocurren ciertos cambios de forma independiente como acontecimientos diferenciados, casi todos están estrechamente asociados con otros factores vinculados con el envejecimiento. Es sabio que las enfermeras tengan la mente abierta en la elección de las teorías del envejecimiento que utilizarán en el cuidado de las personas mayores y estén conscientes de las limitaciones de estas teorías.

Las enfermeras pueden adaptar estas teorías mediante la identificación de elementos que influyen en el envejecimiento y el uso de ellas como un incentivo para promover prácticas positivas. El recuadro 2-1 destaca algunos factores a tener en cuenta en la promoción de un proceso de envejecimiento saludable.

Además, las enfermeras gerontológicas desempeñan un importante papel en ayudar a las personas en la experiencia de lograr un envejecimiento saludable, satisfactorio y acompañado de una sensación de bienestar. Además de las medidas específicas que pueden ayudar a los mayores en el cumplimiento de sus retos psicosociales (recuadro 2-2), las enfermeras deben ser sensibles al tremendo impacto que sus propias actitudes hacia la vejez tienen sobre los pacientes. Las enfermeras que consideran el envejecimiento como un declive progresivo que termina en la muerte pueden ver la vejez como un período deprimente e inútil, y fomentar la desesperanza y la impotencia de los pacientes mayores. Sin embargo, es posible que las que conciben el envejecimiento como un proceso de desarrollo continuado aprecien esa etapa tardía de la vida como la oportunidad para adquirir nuevas satisfacciones y comprensión, promoviendo así la alegría y el sentido de trascendencia en los pacientes.

PARA REFLEXIONAR

¿Cómo evaluaría usted la calidad de los factores que promueven la longevidad en su propia vida?

RECUADRO 2-1 Factores que contribuyen a una vida larga y saludable

Dieta. Un estado de salud positivo que pueda contribuir a una mayor longevidad se apoya reduciendo las grasas saturadas en la dieta, limitando el consumo diario de grasa a menos del 30% de la ingesta de calorías, evitando la obesidad, disminuyendo la cantidad ingerida de alimentos de origen animal, consumiendo hidratos de carbono complejos de origen natural en vez de azúcares refinados e incrementando el consumo de cereales enteros, vegetales y frutas.

Actividad. El ejercicio es un ingrediente importante de una buena salud. Incrementa la fuerza y la resistencia, promueve la función cardiopulmonar y tiene otros efectos benéficos que pueden contribuir a un proceso de envejecimiento saludable.

Juegos y risa. La risa provoca la liberación de endorfinas, estimula el sistema inmunitario y reduce el estrés. Encontrar el humor en la rutina diaria y experimentar alegría a pesar de los problemas contribuye a la buena salud. Lo anterior se ha sugerido desde la época de Salomón: «Un corazón alegre es buena medicina, pero un espíritu abatido seca los huesos» (Proverbios 17:22).

Fe. Una fe fuerte, la asistencia a la iglesia y la oración están directamente relacionadas con índices más bajos de enfermedades físicas y mentales. La religión y la espiritualidad pueden tener un efecto positivo sobre la duración y la calidad de la vida.

Empoderamiento. La pérdida de control sobre la propia vida puede amenazar la autoestima y disminuir la independencia para el autocuidado. Es posible que el máximo control y la toma de decisiones tengan un efecto positivo en la morbilidad y la mortalidad.

Manejo del estrés. Es rara la persona que no es consciente de las consecuencias negativas del estrés. Las tensiones únicas que pueden acompañar al envejecimiento, como la aparición de enfermedades crónicas, la jubilación, la muerte de seres queridos y el cambio en la apariencia del cuerpo, pueden tener efectos muy perjudiciales. La reducción del estrés al mínimo cuando sea posible y el uso de técnicas de manejo eficaz de la tensión son intervenciones útiles.

RECUADRO 2-2 Asistencia a individuos para que afronten los desafíos psicosociales del envejecimiento

GENERALIDADES

Conforme los individuos progresan a través de su ciclo de vida, se enfrentan con retos y adaptaciones en respuesta a las experiencias de la vida denominadas tareas de desarrollo. Estas tareas del desarrollo pueden describirse como:

- Hacer frente a las pérdidas y los cambios.
- Establecer roles significativos.
- Ejercitar la independencia y el control.
- Encontrar un propósito y un significado en la vida.

La satisfacción con uno mismo y con la vida que ha vivido se adquiere al cumplir con éxito estas tareas; la infelicidad, la amargura y el miedo al futuro pueden ser resultado de una falta de ajuste y de rechazo a la realidad del envejecimiento.

OBJETIVO

Las personas mayores expresarán un sentido de integridad del ego y bienestar psicosocial.

INTERVENCIONES

- Aprender de las historias de vida de los pacientes; preguntar acerca de los orígenes de la familia, la fe, los antecedentes laborales, las aficiones, los logros y las experiencias de vida. Fomentar que los pacientes hablen sobre estos temas y escuchar con interés sincero.
- Construir sobre los intereses de toda la vida y ofrecer a los pacientes oportunidades para que experimenten nuevos placeres e intereses.
- Aceptar los relatos de los pacientes sobre sus arrepentimientos e insatisfacciones. Ayudarles a ponerlos en perspectiva en relación con la totalidad de sus vidas y sus logros.
- Alentar a los pacientes y sus familias a realizar actividades de reminiscencia. Ayudar a las familias y al

personal a entender el valor terapéutico de la reminiscencia.

- Respetar la fe de los pacientes y apoyarlos en la satisfacción de sus necesidades espirituales (p. ej., ayudar a localizar una iglesia de su afiliación religiosa, solicitar visitantes del clero, orar con o para ellos y obtener una Biblia u otro libro religioso).
- Usar el humor de manera terapéutica.
- Si los pacientes residen en una institución, personalizar el ambiente en la medida de lo posible.
- Reconocer los activos y las características únicas de cada paciente.

LLEVANDO LA INVESTIGACIÓN A LA VIDA

LA EXPERIENCIA EMOCIONAL MEJORA CON LA EDAD: EVIDENCIA BASADA EN UNA MUESTRA DE MÁS DE 10 AÑOS DE EXPERIENCIA

Carstensen, L. L., Turan, B., Scheibe, S., Ram, N., Ersner-Hershfield, H., Samanez-Larkin, G. R., Nesselroade, J. R. y cols. (2011). Psychology and Aging, 26(1), 21–33.

Este estudio dio seguimiento a una muestra representativa de adultos desde las etapas tempranas hasta las más tardías de la edad adulta para examinar el desarrollo de la experiencia emocional de los individuos. Los participantes revelaron sus estados emocionales cinco veces al día seleccionadas al azar durante un período de una semana; esto se repitió 5 y 10 años más tarde.

El análisis de los datos indicó que el envejecimiento se asocia con un bienestar emocional general más positivo, con mayor estabilidad emocional y más complejidad de la que normalmente se supone. Los resultados también revelaron que la experiencia emocional predice la mortalidad en los individuos (agrupados por edad, sexo y etnicidad) que experimentaron emociones relativamente más positivas que negativas en la vida cotidiana y que eran más propensos a sobrevivir a un período de 13 años.

Cuatro conclusiones principales surgen de estos análisis: con la edad, hay una mejora en general sobre el bienestar emocional; las experiencias emocionales se vuelven más estables con el avance de los años; la experiencia emocional parece estar más mezclada con la edad; y las personas que experimentaron relativamente más emociones positivas que negativas en la vida cotidiana son más susceptibles de sobrevivir hasta edades más avanzadas.

La observación de que el bienestar emocional se mantiene y en algunos aspectos mejora durante la edad adulta es uno de los hallazgos más sorprendentes sobre el envejecimiento humano y los supuestos desafíos sobre los estados emocionales y el envejecimiento surgido en los últimos años. Esto advierte a las enfermeras que deben evitar la promoción de estereotipos sobre el envejecimiento, apreciar los patrones individuales del mismo y aclarar las creencias de que el bienestar emocional disminuye con la edad. Además, las enfermeras deben ayudar a las personas de edad

avanzada a alcanzar su bienestar emocional porque impacta de manera positiva sobre la salud y la longevidad.

REALIDADES PRÁCTICAS

Se lleva a cabo una clase sobre prácticas positivas de salud para un grupo en un centro local de jubilados. Al final de la sesión, hay un animado debate y uno de los participantes de mayor edad comenta: «no importa lo que hagas, lo que te envejece está decidido por tus antepasados. Mis abuelos comían toneladas de alimentos grasos y nunca se ejercitaron y vivieron hasta los 90 años».

«Estás equivocado», dice otro miembro del grupo. «He estado tomando un complemento que vende mi vecino que anulará los problemas que heredé y estoy mucho más saludable que mis padres cuando tenían mi edad».

¿Cómo reaccionar ante estos comentarios y dirigir la discusión?

EJERCICIOS DE PENSAMIENTO CRÍTICO

1. ¿Qué procesos patológicos son causados por o están relacionados con factores que se cree influirán el envejecimiento?
2. Durante una plática con un grupo de la comunidad acerca de cuestiones ambientales, ¿qué recomendaciones podrían hacerse para promover un ambiente sano?
3. Con base en la vida cotidiana de la comunidad, ¿qué ejemplos de oportunidades podrían integrar o apartar a las personas mayores?
4. ¿Qué métodos específicos podrían usarse para ayudar a una persona mayor en el logro de la integridad de su ego?

REFERENCIAS

Butler, R. N., & Lewis, M. I. (1982). *Aging and mental health* (3rd ed., pp. 142, 376). St. Louis, MO: Mosby.

Cumming, E. (1964). New thoughts on the theory of disengagement. In R. Kastenbaum (Ed.), *New thoughts on old age*. New York, NY: Springer-Verlag.

Cumming, E., & Henry, E. (1961). *Growing old: The process of disengagement*. New York, NY: Basic Books.

Erikson, E. (1963). *Childhood and society* (2nd ed.). New York, NY: Norton.

Goya, R. G., Console, G. M., Herenu, C. B., Brown, O. A., & Rimoldi, O. J. (2002). Thymus and aging: Potential of gene therapy for restoration of endocrine thymic function in thymus-deficient animal models. *Gerontology, 48*(5), 325–328.

Green, D. (2011). Means to an end. New York, NY: Cold Spring Harbor Laboratory Press.

Harvard Gazette Archives. (2001). *Scientists identify chromosome location of genes associated with long life*. Harvard University Gazette. Retrieved August 28, 2001 from http://www.news.harvard.edu/gazette/2001/08.16/chromosomes.html

Havighurst, J. (1963). Successful aging. In R. H. Williams, C. Tibbitts, & W. Donahue (Eds.), *Processes of aging* (Vol. 1, p. 299). New York, NY: Atherton Press.

Hayflick, L. (1965). The limited in vitro lifetime of human diploid cell strains. *Experimental Cell Research, 37*, 614–636.

Hubert, H. B., Bloch, D. A., Oehlert, J. W., & Fries, J. F. (2002). Lifestyle habits and compression of morbidity. *Journals of Gerontology. Series A. Biological Sciences and Medical Sciences, 57*(6), M347–

M351.

Johnson, M. (2009). Spirituality, finitude, and theories of the life span. In V. I. Bengston, M. Silverstein, N. M. Putney, & D. Gans (Eds.), *Handbook of theories of aging* (2nd ed., pp. 659–674). New York, NY: Springer Publishing Co.

Margolis, S. (Ed.). (2000). Vitamin E recommendations. *The Johns Hopkins Medical Letter: Health After 50, 12*(1), 8.

Martin, G. M. (2009). Modalities of gene action predicted by the classical evolutional theories of aging. In V. I. Bengston, M. Silverstein, N. M. Putney, & D. Gans (Eds.), *Handbook of theories of aging* (2nd ed., pp. 179–191). New York, NY: Springer Publishing Co.

Miller, R. A. (1997). When will the biology of aging become useful? Future landmarks in biomedical gerontology. *Journal of the American Geriatrics Society, 45*, 1258–1267.

National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases of the National Institutes of Health. (2001). *Understanding adult obesity*. Bethesda, MD: Author, NIH Publication No. 01-3680.

Neugarten, L. (1964). *Personality in middle and late life*. New York, NY: Atherton Press.

Peck, R. (1968). Psychological developments in the second half of life. In B. Neugarten (Ed.), *Middle age and aging* (p. 88). Chicago, IL: University of Chicago.

Preston, S. H. (2005). Deadweight? The influence of obesity on longevity. *New England Journal of Medicine, 352*(11), 1135–1137.

Riley, M. M., Johnson, M., & Foner, A. (1972). *Aging and society, vol. 3: A sociology of age stratification*. New York, NY: Russell Sage Foundation.

Rose, A. M. (1965). The subculture of the aging: A framework for research in social gerontology. In A. M. Rose & W. Peterson (Eds.), *Older people and their social worlds*. Philadelphia, PA: F.A. Davis.

Rose, M. R. (1998). Darwinian anti-aging medicine. *Journal of Anti-Aging Medicine, 1*, 106.

Smeeding, S. J. W. (2001). Nutrition, supplements, and aging. *Geriatric Nursing, 22*(4), 219–224.

Taylor, D. H., & Ostbye, T. (2001). The effect of middle-and old-age body mass index on short-term mortality in older people. *Journal of the American Geriatrics Society, 49*(10), 1319–1326.

Tornstam, L. (2005). *Gerotranscendence: A developmental theory of positive aging*. New York, NY: Springer.

University of Illinois at Urbana-Champaign. (2002). *Study backs theory that accumulating mutations of "quiet" genes foster aging*. Science News Daily. Retrieved October 15, 2002 from http://www.sciencedaily.com/releases/2002/10/021015073143.htm

Williams, M. E. (1995). *The American Geriatrics Society's complete guide to aging and health* (p. 13). New York, NY: Harmony Books.

LECTURAS RECOMENDADAS

Las lecturas recomendadas relacionadas con este capítulo pueden encontrarse en el sitio web que acompaña al libro. Visítese **http://thepoint.lww.com/espanol-Eliopoulos8e** para acceder a las lecturas recomendadas y otros recursos adicionales vinculados con este capítulo.

CAPÍTULO 3

Diversidad

RESUMEN DEL CAPÍTULO

Incremento de la diversidad de la población de adultos mayores

Panorama general de los diversos grupos de adultos mayores en Estados Unidos

- Estadounidenses de origen hispano.
- Afroamericanos.
- Estadounidenses de origen asiático.
- Judíos estadounidenses.
- Nativos estadounidenses.
- Adultos mayores homosexuales, lesbianas, bisexuales y transexuales.

Consideraciones de enfermería para la atención culturalmente sensible de los adultos mayores

OBJETIVOS DE APRENDIZAJE

Después de estudiar este capítulo, el lector será capaz de:

1. Describir los cambios proyectados en la diver-sidad de la población de edad avanzada en Estados Unidos.

2. Describir los puntos de vista específicos acerca de la salud y la curación de los principales grupos étnicos.
3. Identificar las circunstancias en las que podría ser necesario modificar los cuidados de enfermería para dar cabida a personas de diversos orígenes étnicos.

CONCEPTOS BÁSICOS

Bisexual: alguien atraído sexualmente por personas de ambos sexos.
Cultura: creencias y valores compartidos por un grupo; creencias, costumbres, prácticas y comportamientos sociales de un grupo particular de personas.
Disparidad sanitaria: diferencia de un grupo específico en cuanto al acceso a servicios de salud, estado de salud, mortalidad, empleo de servicios sanitarios o resultados de la atención médica.
Étnico: grupo de personas que comparten una herencia racial, nacional, religiosa, lingüística o cultural común.
Etnocentrismo: creencia de que la raza, el grupo étnico o la nación de origen es superior a los de otras personas.
Gay: persona atraída sexualmente por una persona del mismo sexo; homosexual.
Lesbiana: mujer que se siente atraída sexualmente por otras mujeres.
Nacionalidad: identidad basada en el país de nacimiento.
Racismo: opiniones negativas hacia otra persona o grupo por motivos de raza.
Raza: grupo de personas que comparten algunas características biológicas.
Transgénero: persona cuya identidad, apariencia o conducta varían de la que la cultura considera como convencional para su sexo; a veces se denomina tran-sexual o travesti.

INCREMENTO DE LA DIVERSIDAD DE LA POBLACIÓN DE ADULTOS MAYORES

Las proyecciones poblacionales apoyan la opinión de que la población de mayor edad en Estados Unidos es cada vez más diversa en términos étnicos y raciales. En 2000, alrededor del 84% de los estadounidenses mayores era caucásico no hispano, mientras que se proyecta que esta población se reduzca al 64% en 2050. Durante este mismo período habrá un crecimiento espectacular de los adultos mayores de origen hispano, quienes representan cerca del 20% de la población de más edad. Los afroamericanos crecerán del 8 al 11% de la población de edad avanzada durante este tiempo. En 2020, una cuarta parte de la población de adultos mayores estadounidenses pertenecerá a un grupo racial o étnico minoritario (Administration on Aging, 2012; U.S. Census Bureau, 2012). Y, además de la diversidad racial y étnica, habrá un número creciente de personas lesbianas, homosexuales, bisexuales y transexuales que entren a la edad avanzada, lo que presentará una serie singular de desafíos.

CONCEPTO CLAVE

En el futuro, el porcentaje de adultos mayores blancos disminuirá conforme la sociedad experimente un

crecimiento en el número de adultos mayores de los grupos minoritarios.

La creciente diversidad de la población de más edad presenta desafíos para la enfermería gerontológica en la atención culturalmente competente. Para la prestación de atención culturalmente competente resulta esencial comprender:

- Las experiencias de las personas de grupos étnicos o razas similares.
- Las creencias, valores, tradiciones y prácticas de los diversos grupos étnicos y raciales.
- Las necesidades, experiencias y riesgos relacionados con la salud específicos de los diversos grupos étnicos y raciales, y de las personas con orientación sexual similar.
- Las actitudes y creencias propias hacia las personas de diferentes grupos étnicos y raciales, y hacia las personas de orientación sexual similar, así como las actitudes de los profesionales de la salud.
- Las barreras lingüísticas que pueden afectar la capacidad de los pacientes para proporcionar información relacionada con la salud, entender las instrucciones, dar su consentimiento informado y participar con plenitud en su cuidado.

La comprensión de las diferencias culturales, étnicas y de orientación sexual puede contribuir a eliminar los estereotipos y prejuicios que interfieren con la atención efectiva y a demostrar respeto por las características únicas de cada individuo.

PANORAMA GENERAL DE LOS DIVERSOS GRUPOS DE ADULTOS MAYORES EN ESTADOS UNIDOS

Personas de diversos países se aventuraron a Estados Unidos para buscar una vida mejor en una tierra nueva. Hasta cierto punto, asimilaron y adoptaron el estilo de vida estadounidense; sin embargo, los valores y las costumbres que les inculcaron sus culturas nativas a menudo están profundamente arraigados, junto con su idioma y sus diferencias biológicas. Los antecedentes específicos de estos recién llegados a Estados Unidos influyen en la manera de reaccionar ante el mundo que les rodea y la forma en que ese mundo reacciona a ellos. Para entender la singularidad encontrada en cada persona mayor debe prestarse atención a las influencias de su origen étnico.

Los miembros de un grupo étnico o cultural comparten no sólo una historia similar, el idioma, las costumbres y características, sino que también tienen creencias distintas respecto al envejecimiento y los adultos mayores. Las normas étnicas pueden influir en la dieta, la respuesta al dolor, el desempeño de las actividades de cuidado y el cumplimiento de los tratamientos médicos, la confianza en los proveedores de atención de la salud y otros factores. Las responsabilidades tradicionales asignadas a la edad por algunos grupos étnicos pueden brindar oportunidades para que desempeñen roles importantes y de jerarquía alta.

Los estudios de las influencias culturales sobre el envejecimiento y los efectos sobre los adultos mayores son escasos, pero están creciendo. Experiencias y

observaciones pueden dar una idea de las características singulares de grupos étnicos específicos.

Aunque existen diferencias individuales al interior de una etnia y no deben generarse estereotipos, la comprensión de las características generales de los diversos grupos étnicos puede ayudar a las enfermeras en la prestación de una atención más individualizada y culturalmente sensible.

CONCEPTO CLAVE

Aunque el origen étnico es importante, la enfermera debe recordar que no todas las personas se ajustan a las creencias, valores, roles y tradiciones del grupo del que forman parte. Los estereotipos respecto a los individuos que pertenecen al mismo grupo étnico o cultural son contrarios a la atención individualizada.

Estadounidenses de origen hispano

El término *hispano* abarca una variedad de personas de habla hispana en Estados Unidos, incluidos los de España, México, Cuba y Puerto Rico. Las personas de habla hispana constituyen ahora cerca del 6% de la población de edad avanzada en Estados Unidos, pero se espera que este porcentaje aumente. En la actualidad viven en Estados Unidos alrededor de 250 000 estadounidenses de origen hispano y el de la población de más rápido crecimiento de ese país es el de hispanos mayores de 65 años.

CONCEPTO CLAVE

Los términos hispano y latino se usan de forma indistinta, y, en Estados Unidos, latino se equipara con hispano. No obstante, hay diferencias técnicas: latino se refiere a las personas de los países que estuvieron bajo el dominio romano (p. ej., España, Italia y Portugal), mientras que hispano describe a los individuos de los países que alguna vez estuvieron colonizados por España (p. ej., México, Centroamérica y la mayor parte de Sudamérica).

Aunque los mexicanos habitaron el suroeste de Estados Unidos durante décadas antes de la llegada de los peregrinos, la mayor parte de la inmigración mexicana se produjo durante el siglo XX como resultado de la Revolución Mexicana y las malas condiciones económicas en ese país, las cuales aún propician que los mexicanos migren hacia Estados Unidos. La población mexicana en este país asciende a más de 8 millones, más un estimado de 3 a 5 millones de inmigrantes ilegales; la mayoría reside en California y Texas.

La mayor parte de la inmigración desde Puerto Rico se produjo después de que Estados Unidos otorgó la ciudadanía a todos los puertorriqueños. Tras la Segunda Guerra Mundial, casi un tercio de todos los habitantes de Puerto Rico emigró a Estados Unidos; en la década de 1970 comenzó «la inmigración inversa» conforme un creciente número de puertorriqueños salieron de Estados Unidos para volver a su isla de origen. Se estima que 1 millón de puertorriqueños viven en la ciudad de Nueva York, donde se ha asentado la mayoría.

Casi todos los inmigrantes cubanos son recién llegados a Estados Unidos. La mayor parte de más de un millón de cubanos estadounidenses salió de Cuba cuando Castro tomó el poder. Más del 25% de la población cubanoestadounidense reside en Florida, con otros grandes grupos en Nueva York y Nueva Jersey. Entre los hispanos, los cubanos son los que poseen más educación y tienen los ingresos más altos.

CONCEPTO CLAVE

Aunque las muertes por cáncer han disminuido para todas las personas, aún son desproporcionadamente altas entre los estadounidenses hispanos y los afroamericanos (National Cancer Institute, 2012).

Muchas personas hispanas ven los estados de salud y enfermedad como acciones de Dios; si se trata el cuerpo con respeto, se vive una buena vida y se ora, se será recompensado por Dios con una buena salud. La enfermedad surge cuando se violan las buenas prácticas de vida o cuando se está siendo castigado por Dios. Medallas y cruces pueden usarse en todo momento para facilitar el bienestar y la oración tiene un papel importante en el proceso de curación. La enfermedad puede verse como un asunto de familia, con varios miembros de ella que participan en el cuidado de la persona enferma. En lugar de recurrir a los profesionales de la medicina occidental para tratar sus problemas de salud, algunos hispanos prefieren a los médicos tradicionales como:

- *Curanderos:* individuos que tienen un conocimiento especial y cualidades carismáticas.
- *Sobadoras:* personas que dan masajes y manipulan los huesos y músculos.
- *Espiritualistas:* quienes analizan sueños, barajas y premoniciones.
- *Brujos:* aquellos que practican la brujería.
- *Señoras:* mujeres mayores que han aprendido medidas curativas especiales.

La población hispana tiene a sus parientes mayores en alta estima. La vejez se ve como un tiempo positivo en el que la persona mayor puede recoger la cosecha de su vida. Los hispanos pueden esperar que los hijos se hagan cargo de sus padres cuando sean mayores y es posible que las familias intenten evitar la institucionalización a toda costa. De hecho, este grupo tiene la menor tasa de uso de asilos de ancianos de la población general; menos del 7% de los residentes de hogares de ancianos es hispano.

Las enfermeras pueden encontrar que el inglés es el segundo idioma de algunas personas hispanas, lo que se evidencia de forma especial durante los períodos de enfermedad, cuando el estrés causa el retraimiento a la lengua materna.

Aunque los hispanos y no hispanos mayores tienen el mismo tipo de enfermedades crónicas, los primeros son menos propensos a visitar a los médicos u obtener servicios preventivos (p. ej., mamografías y vacunas) y son más proclives a tener dificultades para solicitar atención sanitaria (Georgetown University Center on an Aging Society, 2012).

CONCEPTO CLAVE

Casi una de cada ocho personas en Estados Unidos habla un idioma diferente al inglés en casa; un tercio de ellas habla español (Wan, Sengupta, Velkoff y DeBarros, 2005).

Afroamericanos

Aunque casi el 14% de toda la población de Estados Unidos es de raza negra, representa sólo el 8,4% de la población adulta mayor. La mayor parte de este grupo es de origen africano. Históricamente, los afroamericanos han tenido un estándar de vida más bajo y menos acceso a la atención de la salud que los caucásicos. Esto se refleja en la menor esperanza de vida de los afroamericanos (*v.* demografía en el capítulo 1). Sin embargo, una vez que llegan a la séptima década de vida, la supervivencia comienza a ser igual a la de los blancos de edad similar.

CONCEPTO CLAVE

Después de alcanzar la séptima década de la vida, los adultos mayores afroamericanos pueden disfrutar de una esperanza de vida igual a la de los caucásicos.

Este grupo étnico considera que sobrevivir a la vejez es un gran logro que refleja fortaleza, ingenio y fe; por tanto, la vejez puede considerarse un triunfo personal, no una maldición terrible. Si se tiene en cuenta su historia, no debe sorprender encontrar que muchos adultos mayores de raza negra:

- Tienen muchos problemas de salud que han acumulado a lo largo de la vida a causa de la mala calidad de vida y el acceso limitado a los servicios de salud.
- Tienen creencias y prácticas para mantenerse saludables y tratar sus enfermedades que pueden ser poco convencionales.
- Tienen el doble de probabilidades de vivir en la pobreza en comparación con otros adultos mayores, lo que puede influir en su acceso a los servicios de salud.
- Recurren a los miembros de la familia para tomar decisiones y para recibir atención en lugar de utilizar las agencias de servicios formales.
- Pueden tener cierto grado de precaución en la interacción y el uso de los servicios de salud, como defensa contra sus prejuicios (Egede, 2006).

Diversos subgrupos de la población de raza negra, como los africanos, haitianos y jamaiquinos, poseen sus propias costumbres y creencias. Las diferencias pueden ser evidentes aun entre los afroamericanos de varias regiones de Estados Unidos. Las enfermeras deben ser sensibles al hecho de que la falta de conciencia y respeto a estas diferencias puede interpretarse como un signo degradante o prejuicioso.

La piel oscura es resultado del alto contenido de melanina y puede complicar el uso del color cutáneo para valorar problemas de salud. A fin de diagnosticar de modo efectivo cianosis, por ejemplo, hay que examinar las uñas, las palmas de las manos, las plantas de los pies, las encías y debajo de la lengua. La ausencia de tono rojo o

brillo en la piel puede indicar palidez. Las petequias se detectan mejor en las conjuntivas, el abdomen y la mucosa bucal.

La hipertensión es un problema de salud frecuente entre los afroamericanos y se observa en una tasa mayor que en la población caucásica. Uno de los factores causales de este problema es la disminución de la respuesta presora nocturna. Puesto que se produce sólo un ligero descenso de la presión arterial durante el sueño, la tensión en el corazón y los vasos sanguíneos aumenta. Este hecho se observa más en la población de raza negra que en cualquier otro grupo. El control de la presión arterial es una medida preventiva importante para los pacientes de esta raza (fig. 3-1).

Además de la hipertensión, otros trastornos de salud son más frecuentes en la población de raza negra que en la caucásica. Por ejemplo, en comparación con ésta (National Center of Health Statistics, 2008), los afroamericanos tienen una mayor prevalencia de cardiopatías, cáncer y diabetes, además de una mayor mortalidad por estas enfermedades (Office of Minority Health, 2007a).

FIGURA 3-1 ■ El control de la presión arterial es una intervención importante para las poblaciones con mayor riesgo de hipertensión.

En los últimos años, el VIH y el sida se han convertido en la tercera causa de muerte entre los varones afroamericanos; la tasa de sida de la población afroamericana es nueve veces superior a la de la población caucásica (HealthReform.gov, 2012; Office of Minority Health, 2007a). La alta prevalencia de estas enfermedades entre los varones afroamericanos sugiere la necesidad de una mejor educación y el asesoramiento de los adultos más jóvenes a fin de promover un estilo de vida saludable y una mayor longevidad.

De acuerdo con los Centers for Disease Control and Prevention de Estados Unidos (2012), los individuos afroamericanos, en comparación con los caucásicos, son más propensos a fumar, ser obesos y tener un estado de salud deficiente. Muchas causas de morbilidad y mortalidad entre los afroamericanos pueden prevenirse y es posible controlarlas de modo eficaz mediante cambios en el estilo de vida (p. ej., nutrición adecuada, ejercicio regular y manejo eficaz del estrés) y la realización de exámenes regulares del estado de salud. Éstas son consideraciones importantes en la planificación de los servicios de salud para las comunidades.

A pesar de los problemas de salud de los adultos mayores afroamericanos, la tasa de institucionalización es menor que la de los caucásicos: cerca del 13% de los primeros utiliza los servicios institucionales de salud en el transcurso de sus vidas en comparación con el 23% de los adultos mayores caucásicos (Centers for Disease Control, 2011).

Estadounidenses de origen asiático

Más de 10 millones de asiáticoestadounidenses residen en Estados Unidos, lo que representa cerca del 4% de la población. Son un grupo diverso compuesto por personas procedentes de países como China, Japón, Filipinas, Corea, Vietnam y Camboya.

Estadounidenses de origen chino

Aunque es probable que trabajadores chinos vivieran en Estados Unidos durante siglos antes de mediados de 1 800, no fue hasta entonces cuando se produjo la inmigración china a gran escala. Las mayores poblaciones chinas estadounidenses se encuentran en California, Nueva York, Texas, Nueva Jersey, Massachusetts e Illinois.

El cuidado del cuerpo y la salud es de suma importancia en la cultura tradicional china, pero su enfoque puede ser muy diferente al de la medicina occidental convencional (recuadro 3-1). La medicina china se basa en la creencia del equilibrio entre el *yin* y el *yang*; el *yin* es la energía negativa femenina que protege el interior del cuerpo y el *yang* es la energía positiva masculina que protege el cuerpo de las fuerzas externas. Tradicionalmente, los chinos han utilizado los sentidos para valorar problemas médicos (tocando, escuchando los sonidos y detectando olores) en lugar de procedimientos mecánicos o invasivos. Las hierbas, la acupuntura, la acupresión y otras modalidades terapéuticas que el mundo occidental apenas está reconociendo aún son los tratamientos de elección para muchas personas chinas. Estas terapéuticas tradicionales pueden seleccionarse como alternativas o adjuntas a las modalidades de tratamiento modernas. Las pacientes femeninas utilizaban figurillas de marfil de mujeres reclinadas, ahora objetos de colección, para señalar el área de sus problemas porque no era apropiado que un médico varón tocara a una mujer; aunque las mujeres chinas modernas pueden haber perdido esta práctica, todavía es posible que se avergüencen de someterse a un examen físico o a la atención por parte de un varón. Por lo general, las personas de origen chino no muestran su desacuerdo o incomodidad de manera agresiva o abierta. Es posible que las enfermeras necesiten observar de modo más estrecho y hacer preguntas específicas (p. ej., ¿puede describir su dolor?, ¿cómo se siente con respecto al procedimiento que se planea realizar?, ¿tiene alguna pregunta?) para asegurarse de que la naturaleza tranquila del paciente no se malinterpreta como que no existe ningún problema.

RECUADRO 3-1 Medicina china

Durante miles de años, los chinos han practicado una forma de medicina que parece muy diferente de la medicina en el mundo occidental. Se basa en un sistema de equilibrio; la enfermedad se ve como un desequilibrio y falta de armonía corporal.

Una de las teorías que explican este balance es la del *yin* y el *yang*. El *yin* es la energía femenina negativa que está representada por lo que es suave, oscuro, frío y húmedo. Órganos relacionados con cualidades *yin* incluyen pulmones, riñones, hígado, corazón y bazo. El *yang* es la energía positiva, masculina, representada por lo que es duro, brillante, caliente y seco. La vesícula biliar, el intestino delgado, el estómago, el colon y la vejiga son órganos *yang*. La actividad diurna se considera más de un estado *yang*, mientras que el sueño es más de un estado *yin*.

La medicina china considera el equilibrio del cuerpo en relación con los cinco elementos o fases: madera (primavera), fuego (verano), tierra (verano largo), metal (otoño) y agua (invierno).

Qi es la fuerza vital que circula por todo el cuerpo en las vías invisibles llamadas meridianos. La deficiencia u obstrucción del *qi* pueden causar síntomas de enfermedades. La acupuntura y la acupresión pueden aplicarse a diversos puntos a lo largo de los meridianos para estimular el flujo del *qi*.

Además de la acupuntura y la acupresión, la medicina tradicional china utiliza hierbas, masajes y ejercicios terapéuticos (p. ej., *tai chi*) para promover el libre flujo del *chi* y lograr el equilibrio y la armonía. Estas modalidades ganan cada vez más aceptación en Estados Unidos y la investigación que apoya su eficacia aumenta con rapidez.

CASO A CONSIDERAR

La Sra. C., es una mujer china muy tradicional que comenzó a vivir con su hijo y su nuera hace 3 años, después de la muerte de su marido. La Sra. C., y su esposo vivían en el barrio chino, una parte de la ciudad donde podían comunicarse libremente en chino e interactuar con otros individuos del mismo origen. Ella nunca dominó el inglés y experimenta considerables dificultades para comunicarse con los vecinos desde que se mudó a la comunidad suburbana de su hijo. El hijo de la Sra. C., ha asimilado los valores y las prácticas estadounidenses y critica las costumbres tradicionales de su madre; no le presta atención cuando ella habla en chino y se niega a permitirle cocinar los alimentos chinos. Su esposa no es china, pero ha sido comprensiva con la Señora C.,

La semana pasada, la Sra. C., sufrió un accidente cerebrovascular que la dejó con debilidad y cierta afasia. Ella requerirá cuidado y supervisión. El hijo de la Sra. C., no desea que su madre permanezca en un asilo de adultos mayores, pero no está seguro de poder cuidarla; su esposa dice que está dispuesta a pedir un permiso de ausencia en el trabajo y ayudar a cuidar a su suegra si eso es lo que quiere su marido.

PENSAMIENTO CRÍTICO

- ¿Qué problemas pueden anticiparse para cada uno de los miembros de la familia C.?
- ¿Qué se puede hacer para ayudar a la familia?
- ¿Cómo se puede ayudar a la Sra. C., para que conserve sus prácticas étnicas?

CONCEPTO CLAVE

La medicina tradicional china se basa en la creencia de que la energía negativa femenina (*yin*) y la energía positiva masculina (*yang*) deben estar en equilibrio.

En la cultura china, alcanzar la vejez es una bendición y los adultos mayores se tienen en alta estima. Son respetados y buscados para obtener consejos. Se espera que la unidad familiar cuide de sus miembros de edad avanzada, por lo que puede haber renuencia a utilizar las agencias de servicios para adultos mayores.

Estadounidenses de origen japonés

Muchos de los primeros japoneses que emigraron a Estados Unidos se emplearon como jardineros y agricultores. Hoy, como los estadounidenses de origen chino, tienen una menor tasa de desempleo y un porcentaje de profesionales más alto que la media nacional. En la actualidad, hay alrededor de 796 700 estadounidenses de origen japonés, la mayoría de los cuales vive en California y Hawái.

Aunque no tienden a vivir en subcomunidades separadas en la misma medida que los de origen chino, preservan muchas de sus tradiciones. Están unidos por su patrimonio común y su cultura confiere un gran valor a la familia. Los siguientes términos describen a cada generación de japoneses estadounidenses: *Issei*, prime-ra generación (inmigrantes a Estados Unidos); *Nisei*, segunda generación (primeros nacidos en Estados Unidos); *Sansei*, tercera generación; y *Yonsei*, cuarta gene-ración. Se espera que las familias cuiden de sus miembros mayores. De la misma forma que en la cultura china, los mayores son vistos con respeto.

Como los chinos, los japoneses estadounidenses pueden recurrir a las prácticas de salud tradicionales ya sea para complementar o reemplazar la tecnología occidental moderna. Puesto que tal vez no expresen sus sentimientos de modo abierto o desafíen al profesional de la salud, la sensibilidad de la enfermera para cubrir sus necesidades es crucial.

Otros grupos asiáticos

Los filipinos comenzaron a emigrar a Estados Unidos a principios de la década de 1700, pero la mayoría llegó al inicio del siglo XX para trabajar como jornaleros agrícolas. En 1934 se registró una cuota de inmigración anual de 50, la cual se mantuvo hasta 1965.

A principios de 1900, los coreanos emigraron a Estados Unidos para trabajar en las plantaciones. Muchas de estas personas se establecieron en Hawái. Otra gran afluencia de coreanos, muchos de los cuales eran esposas de los soldados estadounidenses, emigraron después de la Guerra de Corea.

Los inmigrantes asiáticos más recientes provienen de Vietnam y Camboya. La mayoría se trasladó a Estados Unidos en busca de asilo político después de la Guerra de Vietnam.

Aunque existen diferencias entre los distintos grupos de origen asiático, algunas similitudes consisten en redes familiares fuertes y la expectativa de que miembros de la familia cuidarán a sus parientes mayores en casa. Los estadounidenses de origen asiático representan alrededor del 2% de la población total de las residencias de adultos mayores.

PARA REFLEXIONAR

¿A qué actitudes hacia las personas de diferentes culturas se expuso usted cuando era niño y cómo moldearon sus actitudes actuales?

Judíos estadounidenses

Puesto que provienen de una variedad de naciones con diferentes costumbres y culturas, los judíos no son un grupo étnico en sí. Sin embargo, la fuerza de la fe judía forma una unión que atraviesa el origen nacional y confiere a este grupo un fuerte sentido de identidad y creencias compartidas.

Los judíos estadounidenses han demostrado un profundo liderazgo en los negocios, las artes y las ciencias, y han hecho contribuciones positivas a la vida estadounidense. Las becas son importantes en la cultura judía, ya que más del 80% de todos los judíos estadounidenses ha asistido a la universidad. Cerca de 6,5 millones de judíos viven en Estados Unidos, lo que representa el 2,2% de la población total, y la mayoría lo hace en las zonas urbanas de los estados del Atlántico Medio. Se estima que la mitad de la población judía del mundo reside en Estados Unidos.

Las tradiciones religiosas son importantes en la fe judía (fig. 3-2). Desde el atardecer del viernes hasta la puesta de sol del sábado se considera un día sagrado (*Sabbath*) y los procedimientos médicos pueden rechazarse durante ese tiempo (caben las excepciones para las personas con enfermedades graves). A causa de la creencia de que la cabeza y los pies siempre deben estar cubiertos, es posible que algunos judíos deseen llevar un gorro y calcetines en todo momento. Los judíos ortodoxos pueden oponerse al afeitado. La dieta kosher (p. ej., exclusión de carne de cerdo y mariscos, prohibición de servir leche y productos de carne en la misma comida o de los mismos platos) es un aspecto importante de la religión judía y algunas personas la respetan de manera muy escrupulosa. El ayuno en los días festivos, como *Yom Kippur* y *Tisha B' Av*, y la sustitución del pan con levadura por *matzo* pueden observarse durante la Pascua.

Se fomenta la atención médica moderna. La consulta rabínica puede ser deseable para las decisiones que implican el trasplante de órganos o la aplicación de medidas de apoyo vital. Ciertos rituales pueden practicarse en la muerte, como que los miembros del grupo religioso laven el cuerpo y permanezcan con él hasta el entierro. La necropsia suele rechazarse.

FIGURA 3-2 ■ La celebración de las fiestas religiosas puede ser importante para ciertos grupos, como los adultos mayores judíos.

Los lazos familiares son fuertes en la cultura judía estadounidense; tienen sentimientos fuertes y positivos hacia los adultos mayores. La enfermedad a menudo mantiene a las familias judías juntas. Las comunidades judías de todo el país han demostrado su liderazgo en el desarrollo de una red comunitaria y de servicios institucionales para sus adultos mayores, orientada a la prestación de servicios mientras mantienen sus tradiciones.

Nativos estadounidenses

Los nativos estadounidenses comprenden a los indios americanos y a los nativos de Alaska, que en conjunto constituyen 5,2 millones de personas. Los nativos estadounidenses habitaron América del Norte durante siglos antes de que Colón descubriera el Nuevo Mundo. Se estima que entre 1 y 1,5 millones de nativos habitaban el continente americano en el momento de la llegada de Colón; sin embargo, numerosas batallas con los nuevos colonos durante los siguientes cuatro siglos redujeron la población aborigen a un cuarto de millón. La población indígena ha crecido de manera constante; en la actualidad, el U.S. Census Bureau contabiliza aproximadamente 2,9 millones de nativos estadounidenses que pertenecen a más de 500 tribus, naciones y pueblos reconocidos en Estados Unidos. La edad promedio de la población de indios estadounidenses y nativos de Alaska es menor que la de la población general de Estados Unidos. Sólo el 8% de la población indígena es mayor

de 65 años, lo que representa menos del 1% de todos los adultos mayores; sin embargo, son una de las minorías de más rápido crecimiento de la población de más edad.

Menos de la mitad de todos los indios estadounidenses vive en reservas, con las mayores poblaciones en Arizona, Oklahoma, California, Nuevo México y Alaska. El Indian Health Service, una división del United States Public Health Service, ofrece acceso gratuito y universal a la atención sanitaria a los indios estadounidenses que residen en las reservas. Más de la mitad vive en zonas urbanas, donde el acceso a la atención sanitaria es inferior al de las reservas. Se estima que se hablan unas 150 lenguas indígenas diferentes, aunque la mayoría tiene el inglés como su primera lengua.

La cultura nativa estadounidense enfatiza un fuerte respeto por el Gran Creador. El estado de salud de una persona puede vincularse con las fuerzas del bien y el mal o ser el castigo por sus actos. La medicina aborigen promueve la creencia de que una persona debe estar en equilibrio con la naturaleza para tener buena salud y que la enfermedad es resultado de un desequilibrio. Rituales espirituales, curanderos, hierbas, medicamentos caseros y algunas intervenciones mecánicas como copas de succión pueden usarse para tratar las enfermedades.

CONCEPTO CLAVE

Los nativos estadounidenses pueden utilizar rituales espirituales, curanderos, hierbas, medicamentos caseros e intervenciones mecánicas para tratar las enfermedades.

Los lazos familiares estrechos son típicos de la población indígena. Los miembros de la familia pueden tratarse entre sí por su relación familiar en lugar de por su nombre (p. ej., primo, hijo, tío y abuelo). El término *anciano* se emplea para referirse el estado social o físico, no sólo a la edad. Los adultos mayores son respetados y vistos como líderes, maestros y asesores de los jóvenes, aunque los miembros más jóvenes y más «americanizados» empiezan a sentir que el consejo de sus mayores no es tan relevante en el mundo actual y están rompiendo con esta tradición. Los nativos estadounidenses creen con firmeza que los individuos tienen derecho de tomar las decisiones que afecten sus vidas. El proceso típico de valoración de enfermería puede ser ofensivo para el paciente nativo, ya que es posible que interprete algunas preguntas de sondeo, la validación de los resultados y la documentación de la respuesta como conductas inapropiadas e irrespetuosas durante el intercambio verbal. Un paciente nativo estadounidense puede ser ambivalente respecto a la aceptación de los servicios de las agencias y de los profesionales de la salud.

Tal asistencia proporciona muchos beneficios sociales, de salud y económicos para mejorar la vida de los nativos, pero también entra en conflicto con sus creencias de ser útil, hacer por uno mismo y confiar en los poderes espirituales para trazar el rumbo de la vida. Los pacientes nativos estadounidenses suelen permanecer calmados y controlados aun en las circunstancias más difíciles, por lo que es importante que los proveedores no confundan este comportamiento con la ausencia de sentimiento,

cariño o incomodidad.

Varias tribus tienen rituales específicos que se realizan en la muerte, como enterrar ciertos objetos personales con el individuo. Consultar con los miembros de la tribu específica para conocer mejor los rituales especiales durante la enfermedad y la muerte sería de provecho para las enfermeras que trabajan con las poblaciones indígenas.

Durante la última parte del siglo XX se incrementaron ciertas enfermedades prevenibles entre los nativos, atribuibles a la exposición a nuevos riesgos, como mala alimentación, falta de ejercicio y estilos de vida poco saludables. Por ejemplo, la diabetes, una enfermedad poco frecuente entre los nativos estadounidenses a principios del siglo XX, ahora los afecta 2,3 veces más que a los estadounidenses caucásicos (Office of Minority Health, 2007b). Los nativos estadounidenses tienen más probabilidades que la población blanca no hispana de ser obesos e hipertensos y de sufrir un accidente cerebrovascular. Tal vez hasta cierto punto reciente la alta prevalencia de enfermedades reumáticas entre los nativos estadounidenses en comparación con los adultos mayores caucásicos se relacione con una predisposición genética a la enfermedad reumática autoinmunitaria. Su tasa de supervivencia de cáncer es la más baja de cualquier población de Estados Unidos. Las enfermeras deben promover la educación para la salud y la detección temprana para ayudar a esta población a reducir los riesgos e identificar de forma temprana las alteraciones de la salud.

PARA REFLEXIONAR

¿De qué manera honra y celebra usted su herencia única?

Adultos mayores homosexuales, lesbianas, bisexuales y transexuales

A pesar de la creciente toma de conciencia y aceptación de los gays, lesbianas, bisexuales y transgénero (LGBT) en la sociedad en su conjunto, la consideración de los desafíos y las necesidades de estas personas cuando llegan a la vejez ha sido mínima. De hecho, se les conoce como una población en gran parte invisible (Fredriksen-Goldsen y cols., 2011). Sin embargo, esta población invisible está creciendo; hasta el 10% de la población se identifica como lesbiana, homosexual, bisexual o transgénero. Se prevé que la población LGBT se duplique para el año 2030.

Esta generación vivió una época de considerable prejuicio y discriminación contra las personas que eran LGBT, por lo que estos individuos no podían expresar su orientación sexual cuando buscaban servicios de salud. Algunos estudios encontraron que los adultos mayores LGBT de los centros de atención de la comunidad y de largo plazo informaron tener miedo al rechazo y el abandono por parte de los cuidadores, a no ser aceptados por otros residentes y que se han visto obligados a ocultar su orientación sexual (Stein, Beckerman, y Sherman, 2010). Además, entre las personas mayores del grupo LGBT (Fredriksen-Goldsen y cols., 2011.):

- Cerca de la mitad tiene una discapacidad y casi un tercio informa depresión.

- Existen índices más altos de trastornos mentales y una mayor probabilidad de fumar y consumir alcohol de modo excesivo que las personas heterosexuales.
- Casi dos terceras partes han sido victimizadas tres o más veces.
- Al 13% se le ha negado atención médica o ha recibido atención de calidad inferior.
- Más del 20% no revela su identidad sexual o de género a su médico.

En los últimos años se registraron avances en el tratamiento de las necesidades de la población LGBT. La American Association of Retired Persons creó una comunidad LGBT virtual, la American Society on Aging tiene la LGBT Aging Issues Network y la Joint Commission añadió el respeto a la orientación sexual a los derechos de los residentes de las comunidades de vida asistida y de los hogares de enfermería especializada. Además, SAGE (Services and Advocacy for Gay, Lesbian, Bisexual, and Transgender Elders) y MAP (el Movement Advancement Project) han abordado agresivamente cambios en las políticas y regulaciones que se requieren para atender las necesidades de esta población.

Las enfermeras han de tener en cuenta que la población de adultos mayores LGBT está formada por individuos únicos con experiencias, perfiles y necesidades diferentes. Como con cualquier paciente, los enfoques individualizados son esenciales y los estereotipos deben evitarse. Además, las enfermeras deben asegurar que las personas LGBT reciban servicios sin prejuicios, estigmatizaciones o amenazas.

CONCEPTO CLAVE

La cultura se suma al mosaico de la vida del adulto mayor.

CONSIDERACIONES DE ENFERMERÍA PARA LA ATENCIÓN CULTURALMENTE SENSIBLE DE LOS ADULTOS MAYORES

Numerosos grupos minoritarios, étnicos o culturales que no se mencionaron también poseen historias, creencias y prácticas singulares. En lugar de ver las diferencias como extrañas y obligar a los pacientes a adaptarse a las tradiciones «estadounidenses», las enfermeras deben respetar la belleza de esta diversidad y hacer todo lo posible para preservarla. Las creencias, valores, relaciones, roles y tradiciones relacionados con la identidad cultural y étnica añaden un significado especial a la vida.

La eficacia de la atención puede ser influida en gran parte por la impresión inicial de la enfermera. Las enfermeras deben reflexionar respecto a los sentimientos o actitudes que pueden influir en la relación enfermerapaciente o en transmitir una actitud personal prejuiciosa. Por ejemplo, si una enfermera tiene la creencia religiosa de que la homosexualidad es anómala y pecadora, puede parecer molesta en la interacción enfermera-paciente cuando se enfrenta a un paciente homosexual. Como resultado, es posible que éste sienta que la enfermera es prejuiciosa y que se muestre

reacio a compartir todos los aspectos de sus antecedentes y problemas. Del mismo modo, si la enfermera tiene una experiencia limitada con personas de un grupo racial diferente, puede pare-cer incómoda o poco natural en la comunicación con ellas. Reflexionar sobre sus sentimientos y tratar estos temas con otros profesionales puede ayudar a prevenir los sentimientos personales que interfieran en la relación profesional.

Las enfermeras han de tener cuidado de no estereotipar a los pacientes con base en su raza, etnia, orientación sexual u otros factores. Todos los pacientes deben ser mencionados por su apellido a menos que soliciten lo contrario. Reconociendo que sobre la base de sus antecedentes culturales o étnicos algunas personas pueden ser reservadas con la información personal, las enfermeras deben explicar la razón por la que hacen algunas preguntas durante la entrevista. Debe asignarse tiempo suficiente para que los pacientes compartan sus antecedentes y prácticas culturales o religiosas. El uso del tacto (p. ej., acariciar la mano de la persona o tocarle un brazo) a menudo demuestra el cuidado y la atención para aliviar a una persona; sin embargo, téngase en cuenta que para algunos grupos culturales ser tocado por un extraño resulta inapropiado. Lo mismo puede decirse de la distancia espacial entre la enfermera y el paciente durante la entrevista. Esto refuerza la importancia de que las enfermeras se familiaricen con las creencias y prácticas de los distintos grupos.

Deben respetarse las preferencias dietéticas, hacerse adaptaciones para las prácticas especiales y comprenderse las formas específicas del manejo de las enfermedades. Es necesario considerar las posibles diferencias en la expresión de dolor, miedo y otros sentimientos. Las reacciones a la enfermedad y la atención pueden variar. Por ejemplo, es posible que una persona vea la enferme dad como castigo por una acción equivocada, pero otra la ve como parte de la experiencia humana normal. Es posible que algunos individuos deseen la participación activa de los miembros de la familia o curanderos tradicionales en su cuidado, mientras que otros, incluso aquellos cuyo grupo étnico o cultural tradicionalmente lo propone, no lo hacen.

Si las enfermeras no están familiarizadas con un grupo en particular, deben invitar a los pacientes y a los miembros de la familia a obtener información o contactar con iglesias o asociaciones étnicas (p. ej., Polish National Alliance, Celtic League, Jewish Family and Children's Services y Slovack League of America) en busca de intérpretes o personas que pueden servir como recursos culturales. Uno de los medios poderosos para aprender acerca de las influencias culturales de pacientes específicos es pedirles que relaten sus historias de vida (*v.* cap. 4). Las enfermeras expresan sensibilidad y cuidado cuando intentan reconocer y apoyar los antecedentes étnicos y culturales de los pacientes. Las enfermeras también podrán enriquecerse mediante la apreciación y comprensión de diversos grupos étnicos interesantes.

El U.S. Departament of Health and Human Services desarrolló estándares para servicios cultural y lingüísticamente apropiados que pueden guiar la práctica clínica en el trabajo con poblaciones diversas; puede accederse a su sitio web en http://minorityhealth.hhs.gov.

La creciente diversidad de las futuras poblaciones de edad avanzada afectará los servicios de diversas maneras. Entre las necesidades que pudieran presentarse están:

- La planificación de comidas institucionales que incorporen alimentos étnicos.
- Publicaciones de educación para la salud multilingües.
- Traductores fácilmente disponibles.
- Disposiciones para la celebración de las fiestas (p. ej., el Año Nuevo chino, el Día de San Patricio, el Mes de la Historia Negra, la Pascua Ortodoxa Griega).
- Grupos de interés especial para los residentes de centros de atención a largo plazo y para las comunidades de vida asistida.

Una realidad incómoda que una enfermera puede enfrentar es el comentario prejuicioso de un paciente. Dado que los pacientes reflejan la sociedad en que viven y sus prejuicios, por desgracia, estar vivo y bien en la sociedad es la razón por la que la enfermera se encontrará con pacientes prejuiciosos. Por ejemplo, un paciente puede negarse a recibir atención de una enfermera de una raza diferente. Las personas que están muy estresadas o que tienen demencia a veces usan un lenguaje racial ofensivo. Comprensiblemente, esto puede ser hiriente para la enfermera. El paciente y su situación individual, así como la experiencia de la enfermera en el manejo de estas situaciones, determinarán la acción que deba tomar; las opciones incluyen pedir al paciente que no haga esos comentarios, preguntarle si preferiría tener a alguien más asignado como su enfermera, pedir ser reasignado y discutir la situación con el gerente del servicio.

Las enfermeras han de asegurar que se entienden las diferencias de orientación cultural, religiosa y sexual de los adultos mayores, y que éstos se sienten apreciados y respetados. Demostrar esta sensibilidad honra la historia del adulto mayor y preserva su familiaridad e importancia. Los desafíos que enfrentan los adultos mayores no deben agravarse por comportamientos insensibles o prejuiciosos de las enfermeras.

LLEVANDO LA INVESTIGACIÓN A LA VIDA

EL CRECIMIENTO DE LAS MINORÍAS RACIALES Y ÉTNICAS EN HOGARES DE ANCIANOS ESTADOUNIDENSES IMPULSADO POR LA DEMOGRAFÍA Y POR LAS POSIBLES DISPARIDADES EN OPCIONES

Feng, Z., Fennell, M. L., Tyler, D. A., Clark, M., & Mor, V. (2011). Growth of racial and ethnic minorities in US nursing homes driven by demographics and possible disparities in options. Health Affairs, 30(7), 1358.

Este estudio de la Universidad de Brown sugiere que existe una disparidad racial en las opciones de cuidados para los pacientes mayores de minorías en Estados Unidos. Un análisis de la información mostró que entre 1999 y 2008 la población de las residencias de adultos mayores de ese país se contrajo 6,1%, a poco más de 1,2 millones de personas. En ese período, el número de personas caucásicas en hogares de adultos mayores disminuyó 10,2% a nivel nacional, mientras que el de afroamericanos aumentó 10,8%,

el número de hispanos se incrementó 54,9% y el de asiáticos, 54,1%. Aunque esto podría verse como un paso positivo en la reducción del acceso limitado a la atención domiciliaria de enfermería que las minorías experimentaron en el pasado, los investigadores sugirieron que se debe en parte a que esas minorías carecen del mismo acceso a las formas más deseables de cuidado que pueden tener los adultos mayores de raza blanca con más recursos.

Las enfermeras pueden contribuir a la salud y el bienestar de las poblaciones de edad avanzada de los grupos minoritarios educando a las autoridades respecto a estas disparidades y ofreciendo recomendaciones para disminuirlas. Deben asegurarse de que todas las comunidades tengan siempre a disposición los recursos necesarios para las personas de diversos ingresos, razas y culturas. Si los recursos de calidad no están disponibles en la comunidad inmediata, los pacientes deben recibir asistencia en un sitio donde se encuentren dichos recursos.

Esta investigación también demuestra la importancia de evaluar con cuidado la información. De manera aislada, el hallazgo de una mayor presencia de pacientes de minorías en las residencias de adultos mayores puede verse como una señal positiva. Visto en conjunto, el incremento de adultos mayores en los asilos se relaciona con la falta de otras formas de atención.

REALIDADES PRÁCTICAS

Un jefe de enfermería trabaja en una comunidad de vida asistida que sirve a una población próspera. Toda la población actual es de raza blanca, mientras que la mayor parte del personal de cuidado es afroamericana.

Algunos miembros del personal comparten con el gerente de enfermería su frustración por la forma en que los tratan varios residentes. Aunque la mayoría de los residentes son amables y educados en su manera de dirigirse al personal, muchos tienen una tendencia a utilizar términos como «chicas», «tu gente» y «asistente». Algunos auxiliares de enfermería informaron que oyeron a residentes hacer comentarios entre sí y con sus visitantes acerca de que «debes cuidar tus pertenencias porque estas personas tienen los dedos pegajosos» y «esas personas son perezosas, por lo que necesitas estar encima de ellos».

Además, el personal se queja de que los visitantes a menudo les piden hacer cosas que no son parte de su trabajo, como ir a sus vehículos para traer algo o servir los alimentos que llevaron para que el residente y otros miembros de la familia coman.

El personal afroamericano cree que se le trata de forma prejuiciosa. Una auxiliar de enfermería comenta: «se podría pensar que se trata de su plantación y que somos sus esclavos.» Otra reacciona: «sí, pero si nos atrevemos a decir algo exigirán a la administración que nos despida. No puedo permitirme perder este trabajo». Otra añade: «tal vez deberíamos vivir con ello. Los blancos siempre han tratado de esta manera a nuestro pueblo».

¿Cómo debe manejar esta situación el jefe de enfermería?

EJERCICIOS DE PENSAMIENTO CRÍTICO

1. ¿Cuáles son algunas de las razones por las que los adultos mayores de los grupos minoritarios sospechan o desconfían de los servicios de salud en este país?
2. ¿Qué debe hacerse si se enfrenta una situación en la que un adulto mayor se niega a permitir que se le proporcione atención de enfermería porque se pertenece a un grupo étnico o racial diferente?
3. Un hospital atiende a una gran población de inmigrantes que entraron al país de manera ilegal. Estas personas con frecuencia tuvieron mala atención sanitaria y ahora presentan múltiples enfermedades crónicas. El hospital tiene la preocupación de que la atención que se ofrece a estos inmigrantes esté ejerciendo una presión importante sobre su presupuesto y puede poner en peligro su supervivencia. La comunidad local no quiere perder su hospital y expresa su oposición a brindar atención gratuita a este grupo de inmigrantes. ¿Cuál es la preocupación de todas las partes involucradas? ¿Cuáles son las implicaciones de continuar o suspender cualquier atención gratuita a este grupo de inmigrantes? ¿Qué soluciones podrían recomendarse?
4. Un asilo de adultos mayores tiene una variedad de grupos étnicos que representan a la población residente. ¿Qué puede hacer la instalación para mostrar sensibilidad a sus orígenes?

RECURSOS

Bureau of Indian Affairs
http://www.bia.gov
National Asian Pacific Center on Aging
http://www.napca.org
National Association for Hispanic Elderly
http://www.anppm.org
National Caucus & Center on Black Aged
http://www.ncba-aged.org
National Hispanic Council on Aging
http://www.nhcoa.org
National Indian Council on Aging
http://www.nicoa.org
National Resource Center on Native American Aging
http://www.med.und.nodak.edu/depts/rural/nrcnaa/
Office of Minority Health Resource Center
http://www.mintorityhealth.hhs.gov
Organization of Chinese Americans
http://www.ocanational.org
SAGE (Services and Advocacy for Gay, Lesbian, Bisexual, and Transgender Elders)
http://sageusa.org/index.cfm

REFERENCIAS

Administration on Aging. (2012). Minority aging. Retrieved April 10, 2012 from http://www.aoa.gov/AoARoot/Aging_Statistics/Minority_Aging/index.aspx

Centers for Disease Control and Prevention. (2011). U.S. census populations with bridged race categories. Retrieved April 6, 2012 from http://www.cdc.gov/nchs/nvss/bridged_race.htm

Centers for Disease Control and Prevention. (2012). Health of black or African American non-Hispanic population. FastStats. Retrieved April 3, 2012 from http://www.cdc.gov/nchs/fastats/black_health.htm Egede, L. (2006). Race, ethnicity, culture, and disparities in health care. Journal of General Internal Medicine, 21(6), 667–669.

Fredriksen-Goldsen, K. I., Kim, H.-J., Emlet, C. xA., Muraco, A., Erosheva, E. A., Hoy-Ellis, C. P., Petry, H., et al. (2011).

The aging and health report: Disparities and resilience among Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender older adults. Seattle, WA: Institute for Multigenerational Health.

Georgetown University Center on an Aging Society. (2012). Older Hispanic Americans. Data Profile, No. 9. Retrieved March 15, 2012 from http://ihcrp.georgetown.edu/agingsociety/pubhtml/hispanics/hispanics.html

HealthReform.gov. (2012). Health disparities: A case for-closing the gap. U.S. Department of Health and Human Services. Retrieved April 5, 2012 from http://www.healthreform.gov/reports/healthdisparities

National Cancer Institute. (2012). Cancer health disparities. National Cancer Institute fact sheet. Retrieved April 12, 2012 from http://www.cancer.gov/cancertopics/factsheet/disparities/cancer-health-disparities#2

National Center for Health Statistics. (2011). Rates of illness by age, sex, and race. Data warehouse on trends in aging. Retrieved August 31, 2012 from http://www.cdc.gov/nchs/data/hus/hus11.pdf. Office of Minority Health. (2007a). African-American profiles. Washington, DC: U.S. Government Printing Office.

Office of Minority Health. (2007b). American Indians/Alaska Natives profiles. Washington, DC: U.S. Government Printing Office.

Stein, G. L., Beckerman, N. L., & Sherman, P. A. (2010). Lesbian and gay elders and long-term care: Identifying the unique psychosocial perspectives and challenges. Journal of Gerontological Social Work, 53(5), 421–435.

U.S. Census Bureau. (2012). Figure 11, percent distribution of population age 65 and over by race and Hispanic oridi: 1990 to 2050. Population projections of the United States by age, sex, race, and Hispanic origin: 1995 to 2050. Retrieved April 19, 2012 from http://www.census.gov/prod/1/pop/p25-1130.pdf

Wan, H., Sengupta, M., Velkoff, V. A., & DeBarros, K. A. (2005). U.S. Census Bureau, current population reports, 60+ in the United States: 2005 (p. 16). Washington, DC: U.S. Government Printing Office.

LECTURAS RECOMENDADAS

Las lecturas recomendadas relacionadas con este capítulo pueden encontrarse en el sitio web que acompaña al libro. Visítese http://thepoint.lww.com/espanol-Eliopoulos8e para acceder a las lecturas recomendadas y otros recursos adicionales vinculados con este capítulo.

CAPÍTULO 4

Transiciones e historia de vida

RESUMEN DEL CAPÍTULO

Discriminación por razones de edad

Cambios en los roles y las relaciones familiares

- Padres.
- Abuelos.

Pérdida del cónyuge

Jubilación

- Pérdida del rol laboral.
- Reducción de los ingresos.

Cambios en la salud y la actividad

Efectos acumulados de las transiciones de la vida

- Deterioro del entorno social.
- Conciencia de la muerte.

En respuesta a las transiciones de la vida

- Revisión de la vida e historia de vida.
- Autorreflexión.
- Fortalecimiento de los recursos internos.

nvejecer no es fácil. Varios cambios durante el proceso de

El envejecimiento exigen múltiples ajustes que requieren resistencia, habilidad y flexibilidad. Con frecuencia se presentan más cambios simultáneos en la persona de edad avanzada que durante cualquier otro período de la vida. A muchos adultos jóvenes les resulta agotador mantener el ritmo de los avances tecnológicos, los cambios sociales, las fluctuaciones del coste de la vida y las tendencias del mercado laboral. Imagínese lo complicada que puede ser la vida para las personas mayores, que también deben hacer frente a la jubilación, la reducción de sus ingresos, un posible cambio de vivienda, las pérdidas causadas por las frecuentes muertes de personas significativas y una capacidad decreciente para la actividad. Además, es posible que cada uno de estos acontecimientos de la vida se acompañe de cambios de roles que pueden influir en comportamientos, actitudes e integridad psicológica. Para promover el conocimiento y la apreciación de los complejos ajustes involucrados en el envejecimiento, este capítulo considera algunos de los factores que afectan la capacidad de las personas mayores para enfrentar múltiples cambios relacionados con el envejecimiento y alcanzar su satisfacción y bienestar personal durante los últimos años de sus vidas.

OBJETIVOS DE APRENDIZAJE

Después de estudiar este capítulo, el lector será capaz de:

1. Discutir la discriminación por razones de edad y sus consecuencias.
2. Identificar los cambios que se producen en las familias que envejecen.
3. Describir los desafíos con que se enfrentan las viudas.
4. Reconocer las fases y los retos de la jubilación.
5. Relatar el impacto de los cambios relacionados con la edad en la salud y el desempeño de los roles.
6. Describir los efectos acumulativos de las transiciones de la vida.
7. Enumerar las medidas que la enfermera tomará para ayudar a las personas a adaptarse a los retos y cambios derivados del envejecimiento.

CONCEPTOS BÁSICOS

Discriminación por razones de edad (edadismo): aplicación de prejuicios hacia los mayores debido a su edad.

Jubilación: período en el que se deja de trabajar.

Recurso interno: fuerza interna a la que se puede recurrir cuando sea necesario.

Revisión de la vida: proceso de recordar el pasado o reflexión sobre la propia vida.

DISCRIMINACIÓN POR EDAD (EDADISMO)

La discriminación por edad es un concepto introducido hace décadas y que se define como el «conjunto de prejuicios y estereotipos que son aplicados a las personas mayores con base en su edad...» (Butler, Lewis y Sutherland, 1991). No es difícil detectar la discriminación por edad manifiesta en nuestra sociedad. En lugar de mostrar su agradecimiento por las grandes contribuciones de los adultos mayores y por su riqueza en recursos, la sociedad está plagada de prejuicios y carece de disposiciones adecuadas para ellos, pasando por alto su dignidad. Los miembros de la sociedad que ahora se oponen a proporcionar suficientes recursos a fin de que las personas mayores dispongan de ingresos y servicios de salud, disfrutan de una riqueza y de un nivel de vida como resultado de los esfuerzos de aquellas personas.

Aunque los mayores constituyen el grupo de edad más diverso e individualizado en la población, aún son estereotipados por los siguientes conceptos erróneos:

- Las personas mayores están enfermas y discapacitadas.
- La mayoría de las personas de edad avanzada se encuentran en residencias de adultos mayores.
- La demencia llega con la vejez.
- La gente es muy tranquila o se pone de mal humor conforme envejece.
- Los adultos mayores tienen una inteligencia inferior y son resistentes a los cambios.
- Las personas mayores no son capaces de tener relaciones sexuales y no están interesadas en el sexo.
- Hay pocas satisfacciones en la vejez.

Para la mayoría de las personas de edad avanzada, las aseveraciones anteriores no son ciertas. Son necesarios mayores esfuerzos para aumentar la conciencia social de la realidad del envejecimiento. Grupos como las Panteras Grises han hecho un excelente trabajo de informar al público acerca de los hechos relacionados con el envejecimiento y los problemas y derechos de la población mayor. Se requieren más defensores de los derechos de las personas mayores.

La discriminación por edad conlleva varias consecuencias. Al apartarse de las personas de edad avanzada, los más jóvenes tienen menos probabilidades de ver las similitudes entre los individuos de distintas generaciones. Esto no sólo conduce a una falta de comprensión de las personas mayores, sino que también reduce la oportunidad de que los jóvenes se hagan una idea realista del envejecimiento. Por otra parte, la separación de las personas mayores del resto de la sociedad fomenta que los jóvenes minimicen los retos socioeconómicos de la población de edad avanzada. Sin embargo, los estereotipos y la discriminación sistemática contra las personas mayores no evita el conocimiento de la experiencia del envejecimiento ni los desafíos propios de la vejez.

El capítulo 2 describe las etapas del ciclo de la vida según Erikson (1963) en las que se identifica la última como en la que aparece una preocupación por lograr la integridad frente a la desesperación. Se alcanza la integridad cuando la persona mayor cambia la satisfacción por la evaluación de su vida. La decepción con la vida y la

falta de oportunidades para modificar el pasado se acompañan de desesperación. La discriminación por edad, por desgracia, puede predisponer a las personas a decepcionarse, ya que pueden llegar a creer los estereotipos de que la vejez es un tiempo de despropósitos y decadencia. Las experiencias de toda la vida determinarán si la vejez será una oportunidad para la libertad, el crecimiento y la satisfacción, o una condena a una miserable prisión del potencial humano.

CAMBIOS EN LOS ROLES Y LAS RELACIONES FAMILIARES

La aparición de las familiares nucleares en la actualidad ha cambiado los roles y las funciones de las personas en una familia. Se espera que los padres mayores tengan un acceso limitado a la vida de sus hijos adultos. Los hijos no están obligados a satisfacer las necesidades de sus padres de edad avanzada con respecto a apoyo financiero, servicios de salud o vivienda. Cada vez, los padres dependen menos de sus hijos para sus necesidades y la creencia de que los hijos son el mejor seguro para la vejez se está desvaneciendo. Además, los abuelos, si bien cumplen alguna función, no suelen tener un papel tan activo como en el pasado, en especial porque los nietos pueden estar dispersos por todo el país. Estos cambios en la estructura familiar y la función no son necesariamente negativos. Los adultos más viejos pueden disfrutar de la independencia y la libertad de las responsabilidades que la vida ofrece a la familia nuclear. El ajuste a los cambios en las responsabilidades y los roles con el tiempo representan un reto importante del envejecimiento.

Padres

El papel de los padres es dinámico, cambia con frecuencia para satisfacer las necesidades de crecimiento y desarrollo del niño. Durante la mitad de la vida y después, los padres deben adaptarse a la independencia de sus hijos, ya que han de convertirse en ciudadanos adultos responsables y dejar la casa. El primer hijo por lo general se va de casa y establece una unidad independiente entre los 22 y los 25 años de edad. Para las personas que han invertido la mayor parte de su vida adulta en alimentar y mantener a sus hijos, la independencia de éstos puede tener un impacto importante. Aunque los padres que se liberan de las responsabilidades y preocupaciones de los hijos tienen más tiempo para perseguir sus propios intereses, también pierden el significado y las actividades satisfactorias relacionadas con la crianza de los niños, y esto con frecuencia da lugar a una profunda sensación de pérdida.

La mujer mayor de hoy ha estado influenciada por un período histórico que hacía hincapié en el papel de esposa y madre. Por ejemplo, para proporcionar oportunidades de empleo para los hombres que regresaron de la Segunda Guerra Mundial, las mujeres se animaron a centrar sus intereses en formar una familia y ceder los escasos puestos de trabajo a los hombres. A diferencia de muchas de las mujeres jóvenes actuales, que persiguen y pueden valorar por igual tanto una carrera profesional como la maternidad, las mujeres de edad avanzada centraron la vida en sus familias, de las que dependía su sentido de la realización. Después de haber

desarrollado algunas funciones para lograr la satisfacción, diferentes al rol de esposa y madre, muchas de estas mujeres de edad avanzada sienten un vacío cuando sus hijos crecen y se van. Agrava este problema, pues el estilo de vida altamente dinámico de los jóvenes, pues limita el grado de contacto directo que una mujer mayor tiene con sus hijos adultos y sus nietos.

El hombre comparte muchos de los sentimientos de su esposa. A lo largo de los años puede tener la sensación de haber desempeñado funciones útiles, que lo hacen un valioso miembro de la familia. Muy probablemente trabajó duro para mantener a su esposa e hijos, y su masculinidad se ve reforzada con la demostración de su capacidad para engendrar y mantener a la descendencia. Ahora, con sus hijos mayores, ya no está obligado a proveer, lo que puede proporcionarle alivio y respiro. Además, descubre que las reglas han cambiado: su capacidad para mantener una familia sin la necesidad de que su esposa trabaje ahora es vista por algunos como angustiosa, sus esfuerzos por recuperar territorio no son respaldados y su intento de llenar el papel masculino, para el que ha socializado, se considera opresivo o irrelevante para los estándares actuales.

Sin embargo, esta desvalorización del papel de los padres y los cambios en la función de la familia no son necesariamente negativos. La mayoría de los hijos no abandona o descuida a sus padres mayores, ya que mantienen con ellos un contacto regular. Las unidades familiares independientes pueden ayudar a que la relación entre padres e hijos se desarrolle con mejores bases entre adultos, satisfaciendo tanto al joven como al mayor. Si las personas mayores se adaptan a su nuevo papel como padres de hijos adultos e independientes, pueden disfrutar de la libertad de las responsabilidades anteriores y del desarrollo de nuevas relaciones familiares.

PARA REFLEXIONAR

Enumere por lo menos tres diferencias entre su vida y las vidas de sus padres y abuelos.

Abuelos

Además de los cambios que se experimentan conforme avanza la edad en el papel de criar a los hijos, muchos mayores se estrenan en un nuevo papel de abuelos. El aumento de la esperanza de vida de los estadounidenses permite a más personas experimentar el papel del abuelo y durar más años en él que las generaciones anteriores. Más de 65 millones de estadounidenses son abuelos y:

- La mayoría nació después de la Segunda Guerra Mundial, con más probabilidades de tener estudios universitarios y continuar trabajando que los abuelos de generaciones anteriores.
- Uno de cada cinco abuelos es afroamericano, hispano o asiático.
- Gastan más en los nietos que las generaciones anteriores (MetLife, 2011).

Los nietos pueden traer una gran alegría y sentido a la vida de las personas mayores (fig. 4-1). A su vez, los abuelos, que no están agobiados con las mismas responsabilidades cotidianas de cuidados que tienen los padres, pueden ofrecer amor,

guía y felicidad a los miembros más jóvenes de la familia. Pueden compartir las lecciones aprendidas de sus experiencias de vida y los antecedentes familiares y tradiciones que ayudarán a los jóvenes a entender sus raíces. Existen tantos estilos familiares como personalidades, no hay un modelo único de cómo debe ser un abuelo.

Los cambios en la estructura y las actividades familiares plantean nuevos desafíos a los abuelos de hoy en día. La mayoría de las madres trabaja fuera del hogar. Esto se ve agravado por el hecho de que casi un tercio de los niños es criado por uno de los padres. Como resultado, los abuelos pueden asumir las responsabilidades de cuidado de los niños en mayor medida de lo que podían hacerlo las generaciones anteriores. Los abuelos pueden incluso proveer una casa o compartirla con sus hijos y nietos. Es posible que las estructuras familiares difieran de las de los mayores, con un incremento en el índice de diferentes matrimonios y de familias mezcladas, así como de hogares homosexuales. Más de un tercio de los niños menores de 18 años vive en hogares mixtos y se estima que 8 a 10 millones de niños tienen padres homosexuales o lesbianas (Gates, Badgett, Macomber y Chambers, 2007). Como consecuencia del matrimonio o de la relación de un hijo adulto, los individuos de edad avanzada pueden encontrarse con el quehacer de ser abuelos, un papel para el que pocos están preparados. Se necesitarán decisiones conscientes para amar y aceptar a estos nuevos miembros de la familia.

FIGURA 4-1 ■ Ser abuelo ofrece nuevas funciones y alegrías a muchos adultos mayores.

Además de que los adultos mayores tienen que adaptarse a los nuevos estilos de vida y estructuras familiares, es posible que los hijos y los nietos tengan que adaptarse a diferentes estilos de vida de las generaciones anteriores. En lugar de la abuela ama de casa que cocinaba cenas familiares elaboradas y que daba la bienvenida a sus nietos cada vez que necesitaban un cuidador, la abuela de hoy puede tener una carrera activa y una agenda social que no le permita cargar con frecuencia con las responsabilidades de una niñera o las funciones de hospedaje de la familia. Es posible que los abuelos estén divorciados, lo que quizás haga que sus hijos y nietos se enfrenten a diferentes situaciones, como viajes de fin de semana de la abuela con su

nuevo esposo o del abuelo con una esposa mucho más joven. La familia puede requerir ayuda profesional para abordar estas cuestiones.

Ser abuelo es un papel aprendido y algunas de las personas mayores necesitan orientación para convertirse en abuelos eficaces. Los mayores pueden requerir una guía para hacer frente a temas como:

- Respetar a sus hijos como padres y no interferir en la relación entre padres e hijos.
- Llamar antes de visitar a sus hijos.
- Establecer normas para el cuidado de los niños.
- Permitir a sus hijos a establecer sus propias tradiciones dentro de su familia y no esperar que se adhieran a las tradiciones de los abuelos.

Las enfermeras deben colaborar con las familias para que encuentren recursos que les permitan enfrentar los desafíos de los abuelos. Además, las enfermeras pueden sugerir actividades que los ayuden a estar en contacto con sus nietos, sobre todo si no se encuentran geográficamente cerca, incluidas cintas de audio y video, mensajes de correo electrónico, videoconferencias, mensajes de texto, faxes y cartas escritas a mano. (Además de ofrecer medios de comunicación, es posible que éstos sean recuerdos duraderos y que se transmitan de una generación a la siguiente.) Es factible animar a las personas mayores a que elaboren diarios, álbumes y cuadernos familiares, recetas y costumbres que pueden ayudar a que sus nietos y las generaciones futuras tengan conocimientos especiales de sus antepasados.

Además de cumplir con el papel de abuelos, muchos adultos mayores asumen las responsabilidades de educación de sus nietos. Un creciente número de abuelos está criando a sus nietos. En la actualidad más de seis millones de abuelos tienen nietos menores de 18 años viviendo con ellos y muchos más viven con sus abuelos de manera intermitente; cada abuelo presta atención a casi una cuarta parte de los niños menores de cinco años (U.S. Census Bureau, 2012). El cuidado del niño de tiempo completo a menudo surge de las crisis de los padres del niño, como abuso de sustancias, embarazo de un adolescente o encarcelamiento. Las personas mayores tal vez necesiten ayuda con respecto a la decisión de criar a un nieto y algunas preguntas que las enfermeras pueden realizar a los abuelos que deben tomar esta decisión son:

- ¿Cómo va a criar a este niño sin afectar su salud, su matrimonio y su estilo de vida?
- ¿Tiene algún problema de salud que podría interferir con esta responsabilidad?
- ¿Cuál es su plan de ayuda en caso de que se enferme o se encuentre discapacitado?
- ¿Tiene la energía y la salud física necesarias para cuidar a un niño activo?
- ¿Puede darse el lujo de cuidar al niño, pagar gastos médicos, educativos y similares?
- ¿Qué derechos y responsabilidades tiene el padre del niño?
- ¿Tiene el derecho legal de actuar como un sustituto de los padres (p. ej., para dar su consentimiento para procedimientos médicos)? ¿Ha consultado con un abogado?

Existen organizaciones para ayudar a los abuelos que están criando a sus nietos; algunas se encuentran al final de este capítulo.

PÉRDIDA DEL CÓNYUGE

La muerte de un cónyuge es un acontecimiento común que altera la vida familiar de muchas personas mayores. La pérdida de esa persona con la que se ha compartido más amor y experiencias de la vida y más de alegrías y tristezas que con nadie puede ser intolerable. ¿Cómo, después de muchas décadas de vivir con otra persona, puede adaptarse a su ausencia repentina? ¿Cómo hacer para acostumbrarse a poner la mesa para uno, volver a una casa vacía o no tocar ese cuerpo cálido y familiar en la cama? El ajuste a esta importante pérdida se acompaña de la necesidad de aprender la nueva tarea de vivir solo (fig. 4-2).

La muerte de un cónyuge afecta más a las mujeres que a los hombres porque éstas tienden a tener una esperanza de vida más larga. De hecho, la mayoría de las mujeres será viuda en el momento en que llegue a su octava década de vida. A diferencia de muchas de las mujeres jóvenes de hoy, que tienen una mayor independencia a través de sus carreras profesionales y de los cambios en sus costumbres, la mayoría de las de edad más avanzada lleva una vida orientada a la familia y ha sido dependiente de su marido. La edad, la educación limitada, la falta de habilidades y el largo período fuera del mercado laboral mientras cuidaban a sus familias son limitaciones en un mercado de trabajo competitivo. Si estas mujeres pudieran encontrar un empleo, la adaptación a las nuevas exigencias laborales podría ser difícil y estresante. Sin embargo, la viuda desempleada puede encontrar que las pensiones u otras fuentes de ingresos se reducen o interrumpen cuando el marido muere, lo que exige adaptarse a un presupuesto en extremo limitado. Además de la dependencia financiera, es posible que la mujer haya dependido de los éxitos de su marido para obtener gratificación e identidad. Con frecuencia los logros de los hijos sirven a este fin. Es posible que los deseos sexuales queden insatisfechos debido a la falta de oportunidades, a creencias religiosas en cuanto al sexo fuera del matrimonio, al miedo a la repercusión sobre sus hijos y la sociedad, o a resquicios de las actitudes respecto a la sexualidad. Si el matrimonio de una mujer promueve la amistad con otras parejas casadas e inactiva las relaciones con amigos solteros, la nueva viuda puede encontrar que el número de amigas solteras es escaso.

FIGURA 4-2 ■ Para una persona mayor, la pérdida del cónyuge significa la pérdida de su compañero más cercano durante muchos años.

Cuando el dolor inicial de la muerte del marido pasa, la mayoría de las viudas se adapta bastante bien. Una alta proporción de mujeres viudas de edad avanzada cuenta con amigos que comparten problemas y estilos de vida similares, sobre todo en las zonas urbanas. Se pueden revivir algunas antiguas amistades para mantener condiciones de actividad y alegría. Algunas viudas descubren que la falta de ciertas responsabilidades, como cocinar y lavar para sus maridos, les trae una nueva y agradable libertad. Con funciones alternativas para desarrollar, ingresos suficientes y la elección del estilo de vida, muchas de las mujeres se adaptan con éxito a su viudez.

La probabilidad de que un adulto mayor vuelva a casarse después de perder a su cónyuge disminuye con la edad. Esto es en especial cierto para las mujeres que a menudo viven más tiempo que los hombres y se encuentran con escasez de hombres elegibles porque los hombres de la misma edad tienden a casarse con mujeres más jóvenes que ellos.

Las enfermeras pueden facilitar la adaptación a la viudedad identificando fuentes de amistades y actividades como clubes, organizaciones de voluntarios o grupos de viudas en la comunidad y ayudando a la viuda a entender y obtener todos los beneficios a los que tiene derecho. Tal vez esto requiera tranquilizarla para que disfrute su nueva libertad, ya que las relaciones con otros hombres no son razón para sentirse culpable y puede ayudarla a adaptarse a la pérdida de su marido y al nuevo papel de viuda. (*v.* cap. 39 para obtener más información respecto a la muerte y su proceso.)

CONCEPTO CLAVE

La alta prevalencia de viudas proporciona oportunidades para las amistades entre mujeres que tienen retos y estilos de vida similares.

JUBILACIÓN

La jubilación es otro de los grandes ajustes que un individuo de edad avanzada debe realizar. Esta transición trae la pérdida del papel laboral y a menudo es la primera experiencia de los efectos del envejecimiento. Además, la jubilación puede requerir la adaptación a una reducción de los ingresos.

Pérdida del rol laboral

La jubilación es especialmente difícil en la sociedad occidental, en la que el valor de una persona suele medirse por su productividad. A menudo el trabajo también se ve como una cuota obligada para ser miembro activo de una sociedad productiva. Muchas de las personas mayores de hoy en día dan tanto valor al trabajo que mantienen la postura de que el desempleo, por la razón que sea, es un estado indeseable.

CONCEPTO CLAVE

Los adultos mayores a menudo ven el trabajo como la cuota requerida para ser miembro activo de una sociedad productiva.

La identidad laboral determina en gran medida la posición social del individuo y su papel en la sociedad. Aunque los individuos funcionan de manera diferente en papeles similares, algunos comportamientos se mantienen vinculados con ciertas funciones, lo que promueve los estereotipos. Algunos de éstos continúan escuchándose: el fuerte trabajador de la construcción, la bailarina exótica salvaje, el juez justo, el clérigo con un comportamiento impecable, el abogado letrado y el artista excéntrico. La comprensión de que estas asociaciones no son consistentemente válidas no impide su difusión. Con demasiada frecuencia, las personas se describen en términos de su rol de trabajo en lugar de sus características personales, por ejemplo, «la enfermera que vive en el camino», «mi hijo el doctor». Si se toma en cuenta que la identidad social y las expectativas de comportamiento se derivan de la función laboral, no sorprende que la jubilación amenace el sentido de identidad (fig. 4-3). Durante la infancia y la adolescencia se orienta a las personas hacia un papel de adulto responsable e independiente, y en el ámbito académico se las prepara para roles profesionales, pero ¿dónde y cuándo se las capacita para el papel de jubiladas?

PARA REFLEXIONAR

¿Qué se deriva o cree que se va a derivar de ser enfermera en términos de propósito, identidad, valores, relaciones, actividades, etc.? ¿Qué ganancias similares está usted alcanzando en otras funciones en su vida?

FIGURA 4-3 ■ Las personas que se definen por su trabajo pueden tener dificultades para adaptarse a la jubilación.

Cuando el trabajo es el principal interés, actividad y fuente de contactos sociales de una persona, la separación del mismo deja un vacío importante en la vida. Los individuos de edad avanzada deben ser instados a desarrollar intereses diferentes a los relacionados con el trabajo. La jubilación se facilita si la persona aprende a usar, apreciar y obtener satisfacción del tiempo de ocio mientras se encuentra desempleada. Además, disfrutar este tiempo es una salida terapéutica para el estrés de la vida

durante el proceso de envejecimiento.

CONCEPTO CLAVE

Cuando el trabajo es el principal interés, actividad y origen de las relaciones sociales de una persona, la separación del trabajo deja un vacío importante en su vida.

Las enfermeras gerontológicas deben entender las realidades y reacciones contradictorias al trabajar con jubilados. A pesar de que la experiencia de jubilación es única para cada individuo, algunas reacciones y experiencias tienden a ser bastante comunes. Las fases de la jubilación descritas por Robert Atchley hace décadas aún ofrecen una idea de este complicado proceso:

- *Fase de prejubilación.* Cuando la realidad de la jubilación es evidente, comienza la preparación para dejar el puesto de trabajo y puede formarse un ideal sobre el papel de jubilado.
- *Fase de jubilación.* Tras el evento de jubilación, inicia un período un poco eufórico, una «luna de miel» en la que las fantasías de la fase de prejubilación se ponen a prueba. Los jubilados tratan de hacer al mismo tiempo todo lo que nunca pudieron hacer por falta de tiempo. Diversos factores (p. ej., finanzas y salud) limitan esto y dan lugar al desarrollo de un estilo de vida estable. En contraste con los jubilados que desean realizar todas sus fantasías, algunas personas optan por descansar y lo hacen, aunque su nivel de actividad tiende a aumentar después de algunos años.
- *Fase de desencanto.* Conforme la vida comienza a estabilizarse, se experimenta una decepción, a veces una depresión. Mientras menos realista sea la fase de prejubilación, mayor será el grado de desencanto.
- *Fase de reorientación.* A medida que se consideran opciones realistas y fuentes de satisfacción, el desencanto de una nueva rutina de jubilación puede ser sustituido por el desarrollo de un estilo de vida que proporcione cierta satisfacción.
- *Fase de instalación de la rutina del jubilado.* Se alcanza la comprensión del papel de jubilado, lo que proporciona un marco de preocupación, compromiso y acción en la vida del adulto mayor. Algunas personas entran en esta fase justo después de la fase de luna de miel y otras nunca la alcanzan.
- *Fin de la jubilación.* Se pierde el papel de jubilado como resultado tanto de la reanudación de una actividad laboral como de la dependencia por enfermedad o discapacidad (Atchley, 1975, 2000).

Pueden requerirse diferentes intervenciones de enfermería en cada fase de la jubilación. Ayudar a las personas de edad avanzada con la preparación de la jubilación durante la fase de prejubilación es una intervención preventiva que optimiza el potencial de salud y bienestar en la vejez. Como parte de este tipo de intervención, las enfermeras pueden alentar a las personas a establecer la práctica de hábitos de salud apropiados, como seguir una dieta adecuada, evitar el consumo de alcohol, drogas y tabaco, y someterse a exámenes físicos regulares. Las indicaciones sobre las realidades de la jubilación pueden ser parte de su preparación, mientras que

ayudar a los jubilados a vivir su nueva libertad con una perspectiva adecuada puede justificarse durante la fase de luna de miel del retiro. Es posible que el apoyo a los jubilados durante la fase de desencanto sin fomentar la autocompasión y ayudándoles a identificar nuevas fuentes de satisfacción facilite el proceso de reorientación. Apreciar y promover las fortalezas de la fase de estabilidad puede reforzar la adaptación a la jubilación. Cuando la fase de jubilación se termina debido a una enfermedad o discapacidad, el manejo diplomático de la dependencia y el reconocimiento respetuoso de las pérdidas son en extremo importantes.

Como lo han hecho con otros eventos de la vida, los nacidos después de la Segunda Guerra Mundial (*baby boomers*) están cambiando la forma de pensar con respecto al trabajo y la jubilación. Cada vez más, se está sustituyendo el modelo de una persona que se define por su trabajo por el que define el trabajo de una persona en relación con la totalidad de su vida. Asesores especializados en vida activa y jubilación ayudan a las personas a que se den cuenta de que la etapa de la jubilación es más significativa cuando crean un equilibrio entre el tiempo dedicado al trabajo, el aprendizaje, el ocio, la familia, el servicio a los demás y los intereses y deseos aplazados durante los años activos de carrera (Corbett, 2007). Más que perder la función por completo, se sugiere que las personas permanezcan en el mundo laboral, aunque de forma diferente, es decir, que dejen tiempo para el disfrute de otros intereses y para mejorar su calidad de vida. Los *baby boomers* que han permanecido en el mercado laboral por más tiempo, han encontrado nuevos caminos de empleo que les permiten explorar sus pasiones y lograr un sentido diferente a su dedicación, incluso aunque se encuentran en los niveles más bajos de remuneración económica.

Las evaluaciones de las enfermeras sobre sus propias actitudes hacia la jubilación son beneficiosas. ¿La enfermera ve la jubilación como un período de libertad, oportunidad y crecimiento o como uno de soledad, dependencia y falta de sentido? ¿Ha planificado de manera inteligente su propia jubilación o la ha negado evitando hacer frente a la realidad de la jubilación? El punto de vista de la enfermera acerca de su jubilación afecta la relación jubilado-enfermera. En especial las enfermeras gerontológicas pueden proporcionar buenos modelos de prácticas y actitudes para una jubilación constructiva.

Reducción de los ingresos

Además de los ajustes en la actividad laboral, a menudo el retiro obliga a que los adultos mayores vivan con una reducción de sus ingresos. Los recursos financieros son importantes a cualquier edad, ya que afectan la dieta, salud, vivienda, seguridad e independencia, e influyen en muchas decisiones en la vida. Los ingresos por jubilación son inferiores a la mitad de la renta obtenida por la actividad laboral. Para los estadounidenses de mayor edad, los ingresos de la seguridad social, originalmente pensados como un complemento, son en realidad la principal fuente de ingresos de los jubilados y no siguen el mismo ritmo que la inflación. Como resultado, el perfil económico de muchas personas mayores es pobre.

Sólo una minoría de la población de edad avanzada tiene ingresos derivados de un plan privado de pensiones y los que lo tienen con frecuencia descubren que los beneficios fijos establecidos cuando se suscribieron al plan ahora son escasos debido

a la inflación. De los trabajadores que se encuentran activos en el mundo laboral, más de la mitad no tiene planes de pensión para cuando se jubile. Más de uno de cada seis adultos mayores vive en la pobreza, con una tasa entre las personas de origen afroamericano e hispano del doble de la que corresponde a las personas caucásicas. Sólo una minoría está totalmente ocupada o financieramente segura. Pocas personas mayores tienen suficientes activos acumulados durante su vida para proporcionarles seguridad financiera durante la vejez.

Una reducción en los ingresos es un ajuste importante para muchas personas mayores porque desencadena otros ajustes. Por ejemplo, la actividad de la vida social y de ocio puede ser forzada a reducirse de manera muy marcada o eliminarse. Quizá sea necesario trasladarse a una vivienda de menor costo, lo que tal vez obligue a las personas de edad avanzada a romper muchos lazos familiares y comunitarios. Las prácticas dietéticas pueden verse gravemente alteradas y es posible que el cuidado de la salud sea visto como un lujo más que como otro gasto básico como la comida y el alquiler, que tienen prioridad. Si los padres de edad avanzada deben depender de ingresos complementarios de sus hijos, puede ser necesario realizar un ajuste adicional.

Es importante hacer los preparativos financieros para la vejez muchos años antes de la jubilación. Las enfermeras han de fomentar que los adultos mayores que aún se encuentren trabajando determinen si sus planes de ingresos de jubilación mantienen el ritmo de la inflación. Además, las personas mayores necesitan ayuda para obtener todos los beneficios a los que tienen derecho y para aprender a manejar sus ingresos con prudencia. Las enfermeras deben ser conscientes del impacto del bienestar económico sobre el estado de salud e involucrarse de manera activa en cuestiones políticas que promuevan ingresos adecuados para todos los individuos.

PARA REFLEXIONAR

¿De qué manera honra y celebra usted su herencia única?

CAMBIOS EN LA SALUD Y LA ACTIVIDAD

Los cambios en la apariencia y la función corporal que se producen durante el proceso de envejecimiento requieren que el individuo se adapte a una nueva imagen corporal. El cabello suave lleno de color se vuelve gris y seco, los dedos flexibles y rectos se tuercen y duelen, los contornos del cuerpo se alteran y la estatura disminuye. Las escaleras que alguna vez se subieron varias veces al día demandan más tiempo y energía conforme pasan los años. Aun cuando la presentación de estos cambios es sutil, gradual y natural, en algún momento son evidentes y, en consecuencia, afectan la imagen corporal y la autoestima.

La manera en que las personas se perciben a sí mismas y sus habilidades funcionales puede determinar los papeles que desempeñan. Un trabajador de la construcción cuya fuerza y energía se han reducido puede perder su trabajo, un miembro del club al que le resulta imposible oír las conversaciones quizá deje de

asistir a las reuniones, los modelos de moda tal vez dejen de buscar puestos de trabajo cuando se perciben a sí mismos como anticuados. Curiosamente, algunas personas que se encuentran bien en su séptima y octava décadas se niegan a unirse a un club de mayores porque no se perciben a sí mismos «como esas personas de edad.» La enfermera profundiza en el concepto de las personas mayores sobre sí mismas al evaluar qué funciones están dispuestas a aceptar y cuáles rechazan. Consúltese la Guía diagnóstica para los profesionales enfermeros para un análisis de los posibles diagnósticos de enfermería del desempeño ineficaz de la función.

CONCEPTO CLAVE

Las ideas que los adultos mayores tienen de sí mismos pueden obtenerse mediante el análisis de los papeles que aceptan y rechazan.

Para la persona que está envejeciendo a veces es difícil aceptar la disminución de la eficiencia de su cuerpo. El deterioro de la memoria, la respuesta lenta, la fatiga fácil y los cambios en su apariencia son algunas de las múltiples consecuencias frustrantes del deterioro funcional, y se abordan de diversas maneras. A menudo algunos adultos mayores niegan dicho proceso y demuestran su falta de juicio en un intento de exigir a sus cuerpos lo que hacían cuando eran más jóvenes. Otros tratan de resistirse a estos cambios invirtiendo en cirugía estética, tratamientos de belleza, medicamentos milagrosos y otros costosos esfuerzos, y sacrificando su presupuesto sin aceptar el proceso de envejecimiento normal. Algunos más exageran dichos efectos y se imponen un estilo de vida innecesariamente restringido. Las expectativas de la sociedad con frecuencia determinan a los individuos el ajuste que deben hacer con respecto al deterioro funcional.

Los indicadores más comunes de disminución de la función son la enfermedad y la discapacidad. Como se describe en el capítulo 1, la mayoría de las personas de edad avanzada tiene una o más enfermedades crónicas y más de un tercio tiene una discapacidad grave que limita las actividades más importantes, como el trabajo y la limpieza del hogar. Los adultos mayores a menudo temen que su enfermedad o discapacidad pueda causar la pérdida de su independencia. Convertirse en una carga para su familia, ser incapaz de satisfacer las demandas de la vida diaria y tener que ingresar en una residencia son algunos de los temores relacionados con la dependencia. Los hijos y los padres pueden tener dificultades para convertir las funciones de una persona independiente en dependiente. El dolor físico que surja de una enfermedad no es tan insufrible como la dependencia que ocasiona.

Las enfermeras deben ayudar a estas personas a entender el envejecimiento y enfrentar los cambios que se asocian con la edad avanzada. Deben fomentarse los factores que promueven un funcionamiento óptimo, incluidos una dieta adecuada, el ritmo de actividad, las revisiones físicas regulares, la corrección de los problemas de salud en sus fases iniciales, el manejo eficaz de la tensión y evitar el consumo de alcohol y tabaco, y el abuso de drogas. Las enfermeras deben ofrecer asistencia, poniendo especial atención en la preservación tanto de la independencia como de la dignidad en la medida de lo posible.

DIAGNÓSTICO DESTACADO DE ENFERMERÍA

DESEMPEÑO INEFICAZ DE LA FUNCIÓN

Resumen

Existe ineficacia en el desempeño de una función cuando hay un cambio en la percepción o el desempeño de la misma. Esto puede vincularse con una limitación física, emocional, intelectual, motivacional, educativa o socioeconómica de la capacidad para percibir una función o con restricciones en el desempeño de funciones impuestas por otras personas. Es posible que haya una considerable angustia, depresión o enojo por no realizar adecuadamente la función a la que se está acostumbrado y sus responsabilidades asociadas.

Factores causales o contribuyentes

Enfermedad, fatiga, dolor, deterioro funcional, alteraciones de la cognición, depresión, ansiedad, escasos conocimientos, recursos financieros limitados, jubilación, falta de transporte, falta de pareja, discriminación por edad y restricciones impuestas por otras personas.

Objetivo

El paciente evalúa el desempeño de un papel realista, se adapta los cambios en el desarrollo de su función y aprende a asumir responsabilidades vinculadas con la función establecida.

Intervenciones

- Evaluar las funciones y responsabilidades del paciente, identificar las deficiencias en el desempeño de la función y las razones del deterioro; revisión del paciente respecto a su percepción de la función y los sentimientos relacionados con las alteraciones en el desempeño de la función.
- Ayudar al paciente en una evaluación realista de la causa de la alteración en el desempeño de la función y de las posibilidades de mejora de dicho desempeño.
- Identificar estrategias específicas para mejorar el desempeño de la función (p. ej., instrucción, negociación con los familiares para que permitan al paciente realizar sus funciones, asesorar al paciente para que acepte limitaciones reales, referencia a los recursos de la comunidad, mejorar los problemas de salud, alentar al paciente para que busque ayuda para sus responsabilidades y asesoría para el manejo del estrés).
- Animar al paciente para que discuta sus preocupaciones con los miembros de su familia; ayudarlo en la organización de reuniones familiares.
- Referir al paciente a los recursos de asistencia, según el caso, como grupos de apoyo, terapeutas ocupacionales, consejeros financieros, orientación y servicios de empleo para mayores de 60 años, visitas de enfermeras o trabajadores sociales.

EFECTOS ACUMULADOS DE LAS TRANSICIONES DE LA VIDA

Deterioro del entorno social

Muchos de los cambios que acompañan al envejecimiento son resultado de la pérdida de conexiones sociales y del aumento del riesgo de soledad. Los hijos crecieron y se fueron, los amigos y el cónyuge pueden haber muerto, y quizás otras personas que podrían disipar la soledad eviten al adulto mayor porque les resulta difícil aceptar los cambios que ven o que se evidencian y que les recuerdan el hecho de que ellos también van a envejecer algún día. Vivir en una zona rural poco poblada a veces aísla geográficamente a las personas de edad y los temores acerca de ser víctimas de delitos, cuando se vive en una zona urbana, pueden impedir que los adultos mayores se expongan a salir de sus hogares.

Los deterioros auditivos y del habla y las diferencias lingüísticas también pueden

fomentar la soledad. Incluso en compañía de los demás, es posible que estas limitaciones funcionales aíslen socialmente a una persona mayor. Además, la inseguridad resultante de diversas pérdidas en las habilidades comunicativas puede dar lugar a la suspicacia de otras personas y al aislamiento autoimpuesto.

En un momento de muchas pérdidas y ajustes personales son necesarios el contacto, el amor, el apoyo adicional y la atención, no el aislamiento. Éstas son necesidades humanas esenciales. Es probable que se presenten algunas anomalías en los adultos que se sienten no deseados ni queridos, de la misma forma que lo sienten los niños que experimentan ansiedad, depresión, anorexia y otras alteraciones del comportamiento.

Las enfermeras deben intentar intervenir cuando detectan aislamiento y soledad en una persona mayor. Varios programas ofrecen apoyo telefónico o visitas a domicilio como contacto humano cotidiano. La comunidad religiosa del adulto mayor también proporciona ayuda. Las enfermeras pueden ayudar a los mayores a buscar y unirse a grupos sociales e incluso acompañarlos a la primera reunión. En ocasiones es necesario un cambio de domicilio para proporcionar un ambiente seguro y propicio para la interacción social. Si la persona mayor habla un idioma distinto al local, el traslado a un área en la que los miembros de la comunidad hablen la misma lengua a menudo remedia la soledad. Con frecuencia también las mascotas sirven como compañía importante y eficaz.

Usar el sentido común en la atención que la enfermera presta facilita la actividad social ya que puede revisar y tal vez reajustar el horario de la persona para maximizar las oportunidades de socialización y conservar la energía. La administración de medicamentos debe planificarse de manera que durante los períodos de actividad social los analgésicos proporcionen alivio, los tranquilizantes no lo seden, los diuréticos no tengan su máximo efecto y los laxantes no empiecen a funcionar. Del mismo modo, deben planearse la ingesta de líquidos y las idas al baño antes de que las actividades comiencen para reducir el miedo o que se presente un episodio de incontinencia; las actividades para los adultos mayores han de incluir frecuentes períodos de descanso y para ir al baño. El control de estos pequeños obstáculos a menudo facilita la interacción social.

Las enfermeras también deben entender que estar solo no es sinónimo de ser solitario. Los períodos de soledad son esenciales en todas las edades y proporcionan la oportunidad de reflexionar, analizar y comprender mejor la dinámica de la vida propia. Es posible que los mayores deseen períodos de soledad para recordar el pasado y examinar sus vidas. Algunas personas, jóvenes y viejas, prefieren o eligen estar solas y no se sienten aisladas o solas en modo alguno. Por supuesto, las enfermeras deben siempre estar alertas a las alteraciones de audición, visión y otros problemas de salud que pueden ser la causa del aislamiento social.

CONCEPTO CLAVE

Los períodos de soledad son esenciales para reflexionar, analizar y comprender mejor la dinámica de la vida.

Conciencia de la muerte

La viudez, la muerte de los amigos y el reconocimiento de la disminución de las funciones corporales hacen que las personas de edad avanzada tomen conciencia de la realidad de sus propias muertes. Durante los primeros años de vida, los individuos en su razón aceptan que no van a vivir para siempre, pero sus comportamientos suelen negar esta realidad. La falta de una voluntad anticipada y de planes funerarios pueden ser indicios de esta negación. A medida que la realidad de la mortalidad se agudiza, conforme la edad avanza, se presentan signos aparentes como el interés por la realización de los sueños, la profundización de las convicciones religiosas, el fortalecimiento de los lazos familiares, el interés por el bienestar permanente de la familia y por dejar un legado.

Quizá sea más tolerable el pensamiento de la muerte inminente si la gente entiende que su vida ha tenido profundidad y significado. Las culpas no resueltas, las aspiraciones no cumplidas, los fracasos percibidos y muchos otros «asuntos pendientes» pueden entenderse mejor y quizás resolverse. Aunque el estado de vejez puede proporcionar oportunidades limitadas para las emociones y los logros, es posible obtener cierta satisfacción al recordar los logros y emociones de otros períodos de la vida. La mujer mayor tal vez sea frágil y arrugada, pero aún puede deleitarse en el recuerdo de cómo alguna vez enloqueció a los hombres. El mayor jubilado puede sentir que es inútil para la sociedad actual, pero se da cuenta de su valía a través de la memoria de las guerras en las que luchó para proteger a su país y el orgullo que siente al saber que consiguió que sus hijos tuvieran una educación y comenzaran una vida que sus padres no pudieron proporcionarle. Las enfermeras ayudan a los adultos mayores a adquirir esta perspectiva de sus vidas mediante algunas de las intervenciones que se discuten en las siguientes secciones.

EN RESPUESTA A LAS TRANSICIONES DE LA VIDA

Cuando se enfrentan a la discriminación por edad y a numerosos cambios que afectan las relaciones, las funciones y el estado de salud, las personas mayores pueden responder de diversas maneras. La capacidad del adulto mayor para afrontar y adaptarse a los cambios de vida determina si alcanzará una etapa de integridad o caerá en la desesperación. Las enfermeras pueden ayudar a los mayores a responder a esas transiciones facilitando la revisión de la vida, la realización de la historia de vida, la promoción de la autorreflexión y el fortalecimiento de los recursos internos.

Revisión de la vida e historia de vida

La revisión de la vida es el proceso de reflexión intencional de las experiencias del pasado en un esfuerzo por resolver problemáticas o acontecimientos vitales traumáticos y evaluar la vida propia en su totalidad. La revisión de la vida es importante para la interpretación y el perfeccionamiento de las experiencias pasadas, ya que están relacionadas con el concepto de nosotros mismos y nos ayudan a entender y aceptar que nuestra historia de vida ha sido bien juzgada. (Butler & Lewis, 1982; Haight y Webster, 2002). En la atención gerontológica, la revisión de la vida se

reconoce desde hace tiempo como un proceso importante para facilitar la integridad en la tercera edad (es decir, para ayudar a las personas mayores a apreciar que sus vidas han tenido significado).

En lugar de ser una conducta patológica, la discusión del pasado tiene importancia terapéutica para las personas mayores (fig. 4-4). La revisión de la vida puede ser una experiencia positiva porque los adultos mayores pueden reflejarse en los obstáculos que debieron superar y en los logros que han obtenido. Puede proporcionar los incentivos para sanar las relaciones rotas y completar los asuntos pendientes. La revisión de la vida, sin embargo, puede ser una experiencia dolorosa para los mayores que se percatan de los errores que han cometido y las vidas a las que han herido. En lugar de ocultar y evitar estos sentimientos negativos, los adultos mayores pueden beneficiarse al plantearlos abiertamente y trabajar a través de ellos. Tal vez sea adecuado referirlos a terapeutas y consejeros para que los ayuden con los duelos no resueltos, con la depresión o la ansiedad.

Los jóvenes también pueden beneficiarse de los recuerdos de las personas mayores mediante la obtención de una nueva perspectiva de vida a medida que aprenden sobre su ascendencia. Imagínese el impacto de oír hablar de la esclavitud, la inmigración, las epidemias, la industrialización o las guerras a quienes han sido protagonistas de esa historia. ¿Qué descripción de un libro de historia acerca de la Gran Depresión puede compararse con el relato de los abuelos mientras describen la repercusión de los acontecimientos en la familia por propia experiencia, como acostarse con hambre por la noche? Además de su lugar en el futuro, los jóvenes pueden establecer un vínculo con la historia cuando se fomenta el deseo de las personas mayores de recordar el pasado.

FIGURA 4-4 ■ La reminiscencia es un fenómeno culturalmente universal del envejecimiento. Es una manera en la que el adulto mayor revalora sus experiencias y desarrolla un sentido de logro, satisfacción y recompensas en la vida.

CONCEPTO CLAVE

La reminiscencia no sólo es terapéutica para los adultos mayores sino que tiende puentes entre el pasado

y el presente para el joven oyente.

La enfermera puede facilitar la revisión de la vida mediante la obtención de la historia de vida de la persona mayor. Con el envejecimiento se acumulan grandes testimonios de experiencias que crean la estructura única de la vida. Cuando el adulto mayor se ve aislado, algunos de estos temas parecen tener poco valor o poco sentido, como un entramado de hilos en el dorso de un tapiz. Sin embargo, cuando los hilos se entrelazan y el tapiz se contempla como un todo, una persona puede ver el propósito especial de las experiencias, sean buenas o malas. Tejer la trama de las experiencias de la vida en el tapiz de una historia de vida puede ser muy beneficioso tanto para el adulto mayor como para otras personas. Permite apreciar los éxitos y resaltar el valor de los retos y fracasos. Otros son capaces de obtener una perspectiva de la vida de la persona en su totalidad, en lugar de tener una comprensión limitada que puede ser sólo un segmento representativo de la vida que ahora analiza. Se pueden reconocer las costumbres, el saber y el conocimiento, lo que permitirá su preservación y herencia a las generaciones posteriores.

PARA REFLEXIONAR

¿Cuáles son las principales tramas que se han tejido en el tapiz de su propia vida hasta ahora?

Suscitar historias de vida de las personas mayores no es un proceso difícil; de hecho, muchos de ellos dan la bienvenida a la oportunidad de compartir sus historias y lecciones de vida con los oyentes interesados. Las enfermeras pueden alentar a los mayores a que discutan y analicen la dinámica de sus vidas, para que sean receptivos y acepten la presencia de espectadores. El recuadro 4-1 resume algunos de los diversos enfoques que las enfermeras utilizan para obtener historias de vida.

Para los adultos mayores que requieren algún tipo de ayuda, las actividades creativas, como la elaboración de un libro de recuerdos o el dictado de una historia familiar, pueden estimular el proceso. Estos esfuerzos creativos, por poco sofisticados que sean, deben reconocerse como legados importantes del anciano al joven. Por ejemplo, un hombre de 75 años de edad comenzó un libro de recuerdos de la familia de cada uno de sus hijos. Reprodujo toda fotografía, artículo o anuncio periodístico referente a cualquier miembro de la familia y los incluyó todos en un álbum. La familia aceptó con paciencia esta actividad y le envió una copia de los programas de graduación y fotografías para cada libro de recuerdos. La familia consideró que el principal valor de esta actividad era proporcionar al paciente una actividad benéfica. No fue sino hasta años después de su muerte que se apreció la importancia de esta gran tarea como un regalo de incalculable valor. Tales elementos tangibles pueden servir como una prueba para los jóvenes y los mayores de que la trascendencia de un familiar de edad avanzada no cesa con la muerte. Guiar a los adultos mayores a través de esta experiencia de compilación de una historia de vida no sólo constituye un ejercicio terapéutico para ellos y un legado extraordinario para sus seres queridos sino que ofrece a la enfermera gerontológica la posibilidad de compartir y honrar los

viajes de vida únicos de cada persona mayor.

Autorreflexión

Una de las características del envejecimiento exitoso es el conocimiento de sí mismo, es decir, la conciencia de la realidad de lo que se es y de su lugar en el mundo. Desde la infancia nos involucramos en experiencias dinámicas y únicas a las que van dando forma los individuos. En la edad adulta, tenemos formado el esqueleto de nuestras identidades. Las continuas interacciones y experiencias en nuestro viaje por la vida amplían aún más el desarrollo de nuestras identidades.

RECUADRO 4-1 Consiguiendo historias de vida

Los adultos mayores tienen ricas historias de vida que han acumulado a través de los años. Estas historias únicas contribuyen a la identidad e individualidad de cada persona. Aprender acerca de las historias de vida ayuda a las enfermeras a comprender las preferencias y actividades de las personas de edad avanzada que facilitan su autorrealización, preservan la identidad y dan continuidad a las experiencias de vida personales. El conocimiento de historias de vida también permite a los médicos ver a sus pacientes en un contexto más amplio, conectados a un pasado lleno de diversos papeles y experiencias.

Un requisito básico para la obtención de historias de vida es tener voluntad para escuchar. A menudo una petición expresa será suficiente para abrir la puerta a una historia de vida. Las actividades para facilitar este proceso son las siguientes:

- **Árbol de vida.** Pedir al adulto mayor que escriba los acontecimientos más importantes (graduación, primer trabajo, traslados, matrimonios, defunciones, nacimientos, etc.) de su pasado en cada rama y luego discutir cada uno.
- **Línea de tiempo.** Solicitar a la persona mayor que escriba los acontecimientos más significativos y el año o los años en que se produjeron, y que luego comente cada uno.
- **Mapa de vida.** Sugerir a la persona de edad avanzada que escriba los acontecimientos más significativos en un mapa y que después los explique.
- **Historia oral.** Invitar al adulto mayor a que empiece con su primer recuerdo y registre su historia de vida en una grabadora. (Se recomienda que realice esta grabación como un regalo para los miembros más jóvenes de su familia.) Si la persona necesita orientación para contar su historia, ofrecer un esquema o preguntas, o hacer la función de entrevistador.

El yo, la identidad personal de un individuo, tiene varias dimensiones que básicamente pueden describirse como cuerpo, mente y espíritu. El cuerpo incluye características físicas y su funcionamiento; la mente abarca la cognición, la percepción y las emociones, y el espíritu se compone de significado y objetivo derivado de una relación con Dios o un ente superior. Una serie de factores afectan el desarrollo del cuerpo, la mente y el espíritu, como la constitución genética, la composición y la dinámica familiar, los roles, la etnia, el ambiente, la educación, las experiencias religiosas, las relaciones, la cultura, el estilo de vida y las prácticas de salud (fig. 4-5).

PARA REFLEXIONAR

¿Cuáles son los factores significativos de su pasado que influyeron en su cuerpo, mente y espíritu?

Aunque una evaluación realista de la identidad y el lugar en el mundo promueve un envejecimiento saludable, no todas las personas completan con éxito esta tarea. Algunas pueden vivir con expectativas o puntos de vista sobre sí mismas poco realistas, van por la vida desempeñando papeles poco adecuados para ellas y pierden el tiempo en actividades infructuosas o insatisfactorias. Jaime es un ejemplo de esto:

Jaime, el mayor de cinco hijos, se crió en una comunidad del centro de la ciudad en la que la pobreza era la norma. Su padre era un mecánico de automóviles que tenía dificultades para mantener sus puestos de trabajo. Su madre no perdió la oportunidad para expresar su descontento con los escasos ingresos de su marido ni de insistir ante Jaime que tenía que asegurarse de «hacer algo grande y no ser como su padre».

El mensaje inculcado por su madre y su deseo de una vida mejor que la que disfrutó durante su infancia alentaron a Jaime para ser un gran triunfador. A la edad de 30 años, poseía una pequeña cadena de tiendas, una gran casa en los alrededores, varios coches de lujo y la mayoría de las posesiones que reflejan un estilo de vida de la clase media-alta. Estaba orgulloso de que podría proporcionar una vida cómoda a su mujer y una educación costosa a sus hijos: todo lo contrario de lo que su padre consiguió. Sin embargo, algo faltaba. Su negocio le exigía la mayor parte de su tiempo y energía; por lo tanto, tenía poco para dedicarlo a sí mismo y a su familia. También rara vez tenía tiempo para su pasión, la restauración de coches clásicos. Su vida parecía consistir en el manejo de sus negocios y en dormir, sólo ocasionalmente a acontecimientos sociales con su familia. El tiempo para el descanso y la reflexión no cabía en la ajetreada vida de Jaime.

FIGURA 4-5 ■ La autoholística.

En sus últimos 50 años, con hijos adultos y un negocio que podía darle el suficiente dinero como para proporcionarle una jubilación cómoda, Jaime se encontraba en una posición en la que no tenía que trabajar largas jornadas o nada en absoluto si fuera necesario. Su esposa lo animó a considerar la venta de su negocio y pasar su tiempo «jugando con los coches y tomando la vida con calma». A pesar de que se sintió tentado, Jaime pensó que simplemente no podía hacerlo. Por desgracia, la secuencia de instrucciones para «hacer algo grande», programada en la mente de Jaime desde que era niño, lo mantuvo prisionero en un papel que le produjo poca alegría y satisfacción. Por otra parte, no tenía ni idea de cuáles eran

su proyecto e identidad, además de ser un empresario.

Al igual que Jaime, muchas personas pueden llegar a su vejez sin haber evaluado lo que son en realidad, lo que los lleva a comportarse como lo hacen o cuáles son sus verdaderos propósitos y placeres.

CONCEPTO CLAVE

Algunos adultos pueden no haber invertido el tiempo y esfuerzo suficientes para realizar su autoevaluación y, en consecuencia, llegan a la vejez con una identidad propia poco clara.

Explorar y aprender acerca del verdadero yo es significativo para la salud integral en la vejez. Examinar y estar conforme con los pensamientos, sentimientos, creencias y comportamientos fomenta en los adultos mayores alcanzar un estado de integridad en lugar de sentir desesperación por las vidas que han vivido. Sin embargo, la autorreflexión, como proceso importante que es, no resulta fácil o natural para algunas personas. En ocasiones se requieren intervenciones para facilitar este proceso; por lo tanto, la orientación a las personas de edad avanzada mediante actividades de autorreflexión es una importante medida terapéutica que las enfermeras gerontológicas quizá deban ofrecer. La revisión y compartir la historia de la propia vida funcionan como actividad autorreflexiva. Otras actividades que facilitan la autorreflexión incluyen escribir un diario o cartas y mensajes de correo electrónico, y reflexionar a través del arte. Sin duda no son las únicas estrategias que pueden usarse para fomentar la autorreflexión. Las enfermeras están limitadas sólo por su creatividad en la utilización de métodos para promover la autorreflexión.

Diario

Ya sea que se haga con lápiz y papel o con un programa de procesamiento de textos, escribir a menudo facilita la autorreflexión. No existe una forma única de llevar un diario; los individuos deben desarrollar el estilo que les resulte más cómodo. Algunas personas pueden hacer entradas diarias que incluyan detalles de sus comunicaciones, patrones de sueño, estado de ánimo y actividades del día, mientras que otras hacen entradas periódicas que tratan de los principales problemas emocionales y espirituales. Las enfermeras ayudan a las personas que no han escrito nunca diarios guiándolas en la selección de una hoja en blanco y cualquier instrumento de escritura. Este es un paso importante no sólo porque estas herramientas se usarán a menudo, sino que, ya que el libro será una recopilación de pensamientos tangibles y sentimientos significativos, puede tener algún significado para las siguientes generaciones. Aquellas personas que escriben por primera vez un diario pueden motivarse iniciando una reflexión sobre su vida y comenzar su libro/diario con un resumen del pasado. Lo anterior sugiere que los sentimientos y pensamientos, además de los acontecimientos del día, pueden contribuir a iniciar el proceso que fomente la autorreflexión.

Escribir cartas y correos electrónicos

Las cartas o correos electrónicos son otro medio para reflejar y expresar sentimientos.

A menudo pensamientos y sentimientos que resulta incómodo verbalizar pueden expresarse por escrito. Para algunos adultos mayores, es posible que las cartas de explicación y disculpa a los amigos y la familia con la que han mantenido relaciones tensas sean un ejercicio de curación. Se puede animar a las personas mayores a localizar a amigos y familiares en otras partes del país (o del mundo) con quienes no han estado en contacto durante algún tiempo e iniciar la comunicación sobre lo que ha sucedido en la vida y los acontecimientos actuales. Las cartas a los nietos y otros miembros más jóvenes de la familia proporcionan un medio para compartir antecedentes familiares de interés y ofrecer una atención especial (¡a muchos niños les encanta recibir su propio correo!). Los adultos mayores pueden disfrutar de comunicarse a través del correo electrónico debido a la facilidad y a su coste relativamente bajo. Si los mayores no tienen sus propios ordenadores, las enfermeras deben orientarlos hacia centros locales para personas mayores o bibliotecas que ofrecen gratis acceso a Internet.

Reflexionar a través del arte

Muchas personas encuentran que la pintura, la escultura, los tejidos y otras formas de expresión creativa facilitan la autorreflexión y la expresión. Es importante que se dé valor al proceso, no al producto terminado. A menudo, las organizaciones locales dedicadas a actividades específicas ofrecen clases y grupos de artes y oficios (p. ej., grupos de tejedores y consejos de artes), escuelas y centros para personas mayores. Las enfermeras pueden ayudarles a localizar estos grupos en sus comunidades.

CONCEPTO CLAVE

La producción de una obra de arte, la discusión de una obra literaria y el compartir la historia de vida son algunas de las muchas intervenciones que pueden usarse para fomentar la autorreflexión.

Fortalecimiento de los recursos internos

Los deterioros y las dependencias que cada vez se presentan en mayor grado en la vejez pueden llevar a considerar a los adultos mayores como frágiles e incapaces. Sin embargo, la mayoría de ellos posee recursos internos—físicos, emocionales y espirituales— significativos que les han permitido sobrevivir hasta la vejez. Los comportamientos que ejemplifican sus capacidades de supervivencia se describen en el recuadro 4-2.

CONCEPTO CLAVE

Al tener en cuenta los puntos fuertes que los adultos mayores muestran conforme cursan su proceso de envejecimiento, las enfermeras y otras personas pueden desarrollar una perspectiva más amplia de esta población.

En el contexto de las amenazas a la independencia y la autoestima, las enfermeras atienden mejor a las personas mayores si mantienen y refuerzan sus fortalezas

internas. Para este esfuerzo es básico preservar la salud y el bienestar físico. Es todo un reto para las personas de cualquier edad satisfacer de manera óptima sus necesidades intelectuales y emocionales, y sus retos socioeconómicos y espirituales cuando sus necesidades físicas básicas no están plenamente satisfechas o están experimentando los síntomas que acompañan a los trastornos de salud. Las valoraciones periódicas e integrales del estado de salud de la persona así como las intervenciones para promover un estilo de vida saludable proporcionan una base sólida porque alimentan las fortalezas internas.

PARA REFLEXIONAR

¿Cómo juzga sus «competencias de supervivencia»?
¿Qué experiencias han contribuido a ello?

Al ser facilitadoras del empoderamiento, las enfermeras apoyan las fuerzas internas de los mayores. Las enfermeras deben iniciar este proceso mediante el examen y el fortalecimiento de su propio nivel de empoderamiento. Cuando las enfermeras desarrollan una mentalidad que les permite apreciar las posibilidades a pesar de las posibles limitaciones, están en mejores condiciones para ayudar a los adultos mayores a ver sus propias posibilidades a pesar de las potenciales limitaciones impuestas por la edad y la enfermedad. Además de desempeñar la función de ejemplo, las enfermeras pueden facilitar el empoderamiento por medio de:

RECUADRO 4-2 Características que reflejan las competencias de supervivencia de las personas que envejecen

- Asunción de la responsabilidad de cuidado personal.
- Movilización de recursos internos y externos para resolver problemas y manejar las crisis.
- Desarrollo del sistema de apoyo mediante una red familiar, de amigos y profesionales y grupos (p. ej., clubes sociales, iglesias, médicos y voluntarios).
- Sentido de control sobre los acontecimientos vitales.
- Adaptación al cambio.
- Perseverancia para afrontar los obstáculos y las dificultades.
- Recuperación de un trauma.
- Aceptación de la realidad de que la vida incluye hechos positivos y negativos.
- Descubrimiento del significado de los acontecimientos vitales.
- Determinación para cumplir las expectativas personales, familiares, comunitarias y laborales a pesar de las dificultades y distracciones.
- Reconocimiento de las limitaciones y capacidades.
- Capacidad para confiar, amar, perdonar y aceptar la confianza, el amor y el perdón.

- Incluir y fomentar la participación activa de los mayores en las actividades de planificación de sus cuidados en la medida de lo posible.
- Evitar actitudes de discriminación a través de la forma de hablar con los mayores

(p. ej., elevar la voz con base en la suposición de que todas las personas mayores tienen problemas de audición y usar términos como «corazón» o «abuela») y de prácticas (p. ej., colocar signos como «riesgo de caída» o «sanitario cada dos horas» a la vista de los demás y etiquetar las prendas de vestir de manera visible para otros).

- Proporcionar una variedad de opciones para los adultos mayores y la libertad de elegir entre ellas.
- Facilitar a las personas la realización de más actividades de autocuidado y darles autonomía mediante la educación, las relaciones, el entrenamiento, la proximidad y el apoyo.
- Apoyar a los mayores en su búsqueda de información, toma de decisiones y ejecución de las estrategias que han seleccionado para su autocuidado.
- Ofrecer retroalimentación, refuerzos positivos, aliento y apoyo.

El sentimiento de esperanza promueve el empoderamiento y es un hilo que refuerza el tejido de las fortalezas internas. La esperanza es la expectativa de que un problema se resolverá, se obtendrá alivio o se conseguirá algo deseado. La esperanza permite a las personas ver más allá del presente y dar sentido al sinsentido. Las impulsa a realizar acciones. Las enfermeras fomentan la esperanza en las personas mayores al honrar sus vidas a pesar de debilidades y limitaciones, ayudando en el establecimiento de objetivos, apoyándolas en el uso de estrategias para afrontar las realidades a partir de las capacidades y adoptando una actitud cariñosa y optimista. Las creencias y prácticas espirituales también proporcionan una fuerza interior que permite que los adultos mayores hagan frente a los retos actuales y mantengan la esperanza y el optimismo en el futuro (*v.* cap. 13); las enfermeras han de apoyar a las personas mayores en sus oraciones, en las lecturas religiosas, en la asistencia a la iglesia y en otras xpresiones de espiritualidad.

LLEVANDO LA INVESTIGACIÓN A LA VIDA

RIESGO DE INFARTO AGUDO AL MIOCARDIO DESPUÉS DE LA MUERTE DE UNA PERSONA IMPORTANTE EN LA VIDA: ESTUDIO DE LAS DETERMINANTES PARA EL DESARROLLO DE UN INFARTO

Mostofsky, E., Maclure, M., Sherwood, J. B., Tofler, G. H., Muller, J. E., & Mittleman, M. A. (2012). Circulation, 125(3), 491–496.

Con base en el reconocimiento de que el estrés psicológico agudo se asocia con un incremento de los accidentes cardiovasculares, los investigadores estudiaron el papel de un intenso dolor como desencadenante de un infarto de miocardio (IM) agudo. Estudiaron a personas hospitalizadas con un infarto agudo al miocardio después de experimentar la pérdida de un ser querido en los 6 meses anteriores al IM. Encontraron que la tasa de

incidencia de un IM agudo se elevó dentro de las primeras 24 h después de la muerte de una persona significativa, y el dolor por la muerte de una persona importante se relacionó con un incremento del riesgo de un IM agudo en los días posteriores. El impacto puede ser mayor entre las personas con alto riesgo cardiovascular.

Las enfermeras deben ser conscientes del riesgo de sucesos cardiovasculares en el adulto mayor que experimentó una pérdida significativa y garantizar que se mantenga en observación y tenga contacto con otras personas para que los síntomas sean atendidos sin demora. Si la persona no tiene un familiar o un amigo que pueda proporcionar este contacto, ha de contactarse con un grupo de manejo del duelo u otro similar para que alguien revise regularmente a la persona. La persona también debe recibir asesoría con respecto a las medidas para reducir su estrés.

REALIDADES PRÁCTICAS

La señora Vázquez, viuda de 78 años de edad, vive en la casa donde se crió y en la que formó su propia familia. Su hijo de 56 años de edad, desempleado, vive con ella y una hija vive en un estado vecino.

A pesar de su independencia, la señora Vázquez preocupa a su hija, quien cree que su hermano se está aprovechando de su madre. La hija sugirió que la señora Vázquez viva con ella. La señora Vázquez se ha negado diciendo que su hijo «no podría lograrlo por su cuenta».

La hija comparte sus preocupaciones con la enfermera que trabaja en la institución que vigila los cuidados de la señora Vázquez.

¿Cuáles serían las acciones más razonables a llevar a cabo por la enfermera?

EJERCICIOS DE PENSAMIENTO CRÍTICO

1. ¿Qué ejemplos de discriminación por razones de edad se encuentran en programas de televisión, anuncios publicitarios y otros medios de comunicación?
2. ¿De qué manera las experiencias de vida de una mujer que hoy tiene 30 años de edad afectarán su capacidad para adaptarse a la vejez? ¿Qué factores le permitirán hacer frente más o menos en comparación con la generación de su abuela?
3. Describir las acciones que la enfermera puede realizar para ayudar a las personas a prepararse para su jubilación.
4. ¿Cómo se puede determinar si el tiempo que una persona mayor pasa sola es un reflejo de soledad necesaria o el resultado de aislamiento social?
5. ¿Cómo puede la enfermera gerontológica recabar historias de vida de los adultos mayores en un entorno que exige actividades de cuidado continuado en su turno de trabajo?
6. ¿De qué medios dispone la generación de jóvenes de hoy en día para estar en una posición mejor que la población de edad avanzada en el desarrollo de competencias de supervivencia?

RECURSOS

AARP Grandparent Information Center
http://www.aarp.org
AARP Retirement Calculator
http://www.aarp.org
Grandparents Raising Grandchildren
http://www.uwex.edu
International Institute for Reminiscence and Life Review
http://www.uwsuper.edu

REFERENCIAS

Atchley, R. C. (1975). The sociology of retirement. Cambridge, MA: Schenkman.

Atchley, R. C. (2000). Social forces and aging (9th ed.). Belmont, CA: Wadsworth.

Butler, R. H., & Lewis, M. I. (1982). Aging and mental health (3rd ed., p. 58). St. Louis, MO: Mosby.

Butler, R. H., Lewis, M. I., & Sutherland, T. (1991). Aging and mental health (4th ed.). New York: Merrill/MacMillan.

Corbett, D. (2007). Portfolio life. The new path to work, purpose, and passion after 50. San Francisco, CA: John Wiley and Sons.

Erikson, E. (1963). Childhood and society (2nd ed.). New York: Norton.

Gates, G., Badgett, L. M., Macomber, J. E., & Chambers, K. (2007). Adoption and foster care by lesbian and gay parents in the United States. Urban Institute. Retrieved October 17, 2007 from http://www.urban.org/url. cfm?ID=411437.

MetLife. (2011). The MetLife report on American grandparents: new insights for a new generation of grandparents. Westport, CT: MetLife Mature Market Institute.

U.S. Census Bureau. (2012). 2007 American community survey. Retrieved April 9, 2012 from http://www.census.gov/acs/www/

Webster, J. D., & Haight, B. K. (2002). Critical advances in reminiscence work: From theory to application. New York: Springer.

LECTURAS RECOMENDADAS

Las lecturas recomendadas relacionadas con este capítulo pueden encontrarse en el sitio web que acompaña al libro. Visítese **http://thepoint.lww.com/espanol-Eliopoulos8e** para acceder a las lecturas recomendadas y otros recursos adicionales vinculados con este capítulo.

CAPÍTULO 5

Cambios comunes en el envejecimiento

RESUMEN DEL CAPÍTULO

Cambios corporales

- Células.
- Apariencia física.
- Sistema respiratorio.
- Sistema cardiovascular.
- Sistema gastrointestinal.
- Sistema urinario.
- Sistema reproductivo.
- Sistema musculoesquelético.
- Sistema nervioso.
- Órganos sensoriales.
- Sistema endocrino.
- Sistema tegumentario.
- Sistema inmunitario.
- Termorregulación.

Cambios psicológicos

- Personalidad.
- Memoria.

Inteligencia.

Aprendizaje.

Implicaciones de los cambios relacionados con la edad en los cuidados enfermeros

OBJETIVOS DE APRENDIZAJE

Después de estudiar este capítulo, el lector será capaz de:

1. Identificar los cambios comunes relacionados con la edad a nivel celular, en la apariencia física y los sistemas respiratorio, cardiovascular, digestivo, urinario, reproductivo, musculoesquelético, nervioso, endocrino, tegumentario e inmunitario, en los órganos de los sentidos y la termorregulación.
2. Describir los cambios psicológicos que se experimentan con la edad.
3. Discutir los riesgos y consideraciones de los cuidados de enfermería vinculados con los cambios relacionados con la edad.

CONCEPTOS BÁSICOS

Inmunosenescencia: envejecimiento del sistema inmunitario.

Inteligencia cristalizada: conocimiento acumulado durante toda la vida; surge desde el hemisferio dominante del cerebro.

Inteligencia fluida: consiste en la nueva información que emana del hemisferio no dominante; controla las emociones, la retención de la información no intelectual, las capacidades creativas, la percepción espacial y la apreciación estética.

Presbiacusia: pérdida progresiva de la audición que se produce como resultado de los cambios relacionados con la edad en el oído interno.

Presbicia: incapacidad para enfocar o acomodar adecuadamente debido a reducción de la elasticidad del cristalino.

Presbiesófago: alteración caracterizada por disminución de la intensidad de las ondas de propulsión y aumento de la frecuencia de las ondas no propulsivas en el esófago.

Vivir es un proceso de cambio continuo. Los bebés se convierten en niños pequeños, los niños prepúberes evolucionan en hombres y mujeres jóvenes, y los adolescentes dependientes se transforman en adultos responsables. La continuidad de los cambios en la vida adulta es natural y esperada.

El tipo, la frecuencia y el grado de cambios físicos, emocionales, psicológicos y sociales que se experimentan durante la vida son individuales; dichos cambios están influidos por factores genéticos y medioambientales, por la alimentación, la salud, el estrés, el estilo de vida y muchos otros elementos. El resultado de esta combinación no sólo produce variaciones individuales entre las personas de edad, sino también

diferencias en el patrón de envejecimiento de los distintos sistemas corporales en el mismo individuo. Aunque existen algunas similitudes en los patrones de envejecimiento entre los individuos, el envejecimiento es único en cada persona.

CAMBIOS CORPORALES

Células

Los cambios en órganos y sistemas pueden atribuirse a cambios que se producen a nivel celular básico. El número de células se reduce gradualmente y deja un menor número de células funcionales en el cuerpo. La masa corporal magra disminuye, mientras que el tejido adiposo aumenta hasta la sexta década de la vida. La grasa corporal total se incrementa proporcionalmente (St-Onge y Gallagher, 2010; Woo, Leung y Kwok, 2007). El volumen celular y la masa ósea declinan. El líquido extracelular permanece estable, en tanto que el líquido intracelular se reduce, con la consecuencia de una menor cantidad de agua corporal total. Esta reducción hace que la deshidratación sea un riesgo importante para los adultos mayores.

Apariencia física

Muchos de los cambios físicos del envejecimiento modifican la apariencia personal (fig. 5-1). Algunos de los efectos más notables del proceso de envejecer empiezan a aparecer después de la cuarta década de la vida. Los hombres experimentan pérdida de cabello y ambos sexos desarrollan canas y arrugas. Como la distribución de la grasa corporal se atrofia, los contornos del cuerpo adquieren una apariencia huesuda, junto con una profundización de los huecos de los espacios intercostales y supraclaviculares, así como los de las órbitas y las axilas. El aumento de tamaño de las orejas, la barbilla plegada y los párpados caídos son algunas de las manifestaciones más evidentes de la pérdida de elasticidad de los tejidos por todo el cuerpo. El grosor de la piel se reduce de forma importante en el antebrazo y la parte posterior de las manos. La pérdida del contenido de grasa subcutánea es responsable de la disminución del grosor del pliegue cutáneo y también de la disminución de la protección natural del cuerpo, lo que hace que las personas mayores sean más sensibles a las temperaturas bajas.

La estatura disminuye, con la resultante pérdida de alrededor de 5 cm de altura a los 80 años de edad. La contracción del cuerpo se debe a menor hidratación, pérdida de cartílago y adelgazamiento de las vértebras. La reducción de la estatura hace que los huesos largos del cuerpo, que no se encogen, por lo general parezcan desproporcionadamente más largos. Cualquier desviación de la columna, la cadera y las rodillas que aparezca puede reducir aún más la estatura.

Estos cambios en la apariencia física son graduales y sutiles. Pueden surgir otras diferencias en la estructura y función fisiológica como resultado de cambios en los diversos sistemas corporales.

Sistema respiratorio

Los cambios en el sistema respiratorio son evidentes ya con los cambios en la nariz. Los cambios en el tejido conectivo causan una relajación del tejido en el borde inferior del tabique; la reducción del apoyo estructural hace que la punta de la nariz se desplace un poco hacia abajo. También pueden presentarse desviaciones del tabique. En consecuencia, la respiración por la boca durante el sueño es más frecuente, lo que contribuye a los ronquidos y la apnea obstructiva. Las glándulas submucosas producen menos secreciones y la capacidad para diluir la secreción de moco desciende; ello causa mayor dificultad para eliminar las secreciones más espesas y una sensación de congestión nasal en el adulto mayor.

Con la edad tienen lugar diversos cambios estructurales en el tórax, lo que reduce la actividad respiratoria (fig. 5-2). La calcificación del cartílago costal hace que la tráquea y la caja torácica sean más rígidas; el aumento del diámetro anteroposterior del tórax a menudo se manifiesta con cifosis, y los músculos inspiratorios y espiratorios torácicos son más débiles. Los reflejos tusígeno y laríngeo disminuyen. En los pulmones, se reduce el número de cilios y las glándulas mucosas de los bronquios se hipertrofian, lo que complica aún más la capacidad para expulsar la mucosidad y los productos nocivos. El número y la flexibilidad de los alvéolos descienden a causa de la pérdida progresiva de elasticidad, un proceso que comienza en la sexta década de vida. Los pulmones se hacen más pequeños, menos firmes, más ligeros y se retraen menos.

FIGURA 5-1 ■ Cambios relacionados con la edad apreciables a la exploración.

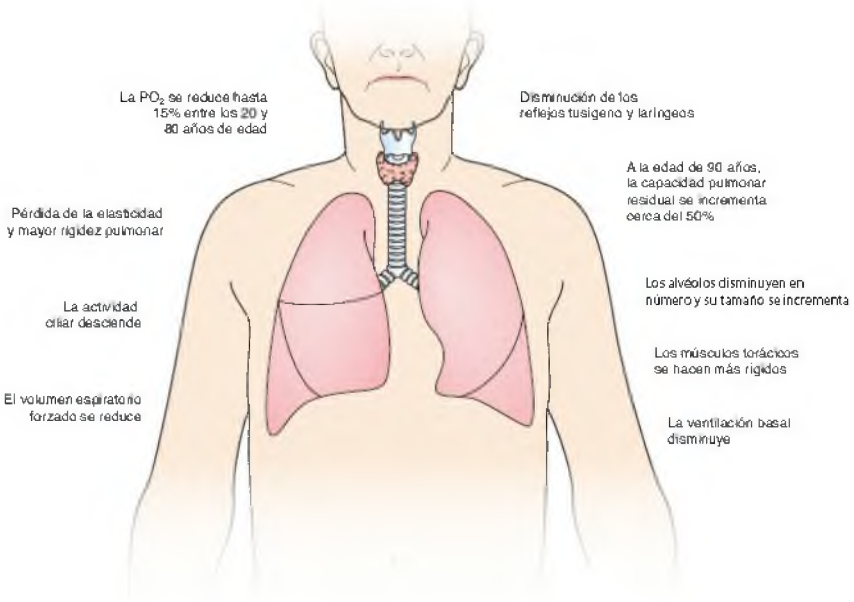


FIGURA 5-2 ■ Cambios respiratorios secundarios al envejecimiento.

La suma de estos cambios genera una disminución en la expansión pulmonar, una ventilación basal insuficiente y una reducción de la capacidad para expulsar cuerpos extraños o secreciones acumuladas. Los pulmones exhalan con menos eficacia, aumentando de este modo el volumen residual. A medida que el volumen residual aumenta, la capacidad vital se reduce y la capacidad máxima ventilatoria también lo hace. Es posible que la inmovilidad reduzca aún más la mecánica respiratoria. La disminución de la capacidad ventilatoria se nota fundamentalmente en presencia de una demanda incrementada, porque la disminución de la reserva pulmonar ocasiona disnea con mayor facilidad. Con un menor intercambio de gases y una carencia de inflación basal efectiva, los adultos mayores presentan un alto riesgo de desarrollar infecciones respiratorias. El ejerci cio de resistencia puede generar un aumento significativo de la capacidad pulmonar de las personas mayores.

CONCEPTO CLAVE

La reducción de la actividad respiratoria relacionada con la edad avanzada pone a los mayores en situación de riesgo de desarrollar fácilmente neumonía, en especial si se relaciona con inmovilidad.

Sistema cardiovascular

Algunos cambios cardiovasculares que suelen atribuirse a la edad son en realidad el resultado de alguna infección. El tamaño del corazón no cambia de manera significativa con la edad, por lo que el aumento de tamaño del corazón se asocia con la presencia de enfermedad cardíaca y la inactividad manifiesta puede causar atrofia cardíaca. Con la edad ocurre una ligera hipertrofia del ventrículo izquierdo, la aorta se dilata y su tamaño aumenta. Las válvulas auriculoventriculares se vuelven gruesas y rígidas como resultado de esclerosis y fibrosis, lo que agrava la disfunción que acompaña a cualquier enfermedad cardíaca que pudiera estar presente. Es posible que el cierre incompleto de la válvula provoque soplos sistólicos y diastólicos. Pueden producirse bradicardia y arritmias sinusales secundarias a irritabilidad del miocardio.

Los cambios fisiológicos relacionados con la edad en el sistema cardiovascular se presentan en muy diversas formas (fig. 5-3). A lo largo de los años de la edad adulta, el músculo cardíaco pierde su eficacia y fuerza contráctil, cuyo resultado es la reducción del gasto cardíaco bajo condiciones de estrés fisiológico. Las células de marcapasos se tornan cada vez más irregulares y disminuyen en número, y la capa que rodea el nodo sinusal se engruesa. La fase de contracción isométrica y el tiempo de relajación del ventrículo izquierdo se prolongan; el ciclo de llenado diastólico y vaciado sistólico requiere más tiempo para completarse.

Por lo general los adultos se adaptan bastante bien a los cambios en el sistema cardiovascular; les resulta más fácil y más cómodo tomar un ascensor que utilizar las escaleras, conducir en vez de caminar una larga distancia y moderar sus actividades. Cuando se producen situaciones inusuales (p. ej., limpiar la nieve por primera vez en la temporada, recibir malas noticias y correr para tomar un autobús), la persona siente los efectos en su corazón. Lo mismo ocurre en personas mayores que no están gravemente afectadas por una menor eficacia cardíaca en condiciones no estresantes. Cuando las personas de edad avanzada se enfrentan a una mayor demanda cardíaca, la diferencia se nota con más facilidad. Aunque la frecuencia cardíaca máxima bajo estrés puede no llegar a los niveles experimentados por los más jóvenes, la taquicardia en adultos mayores va a durar más tiempo. El volumen sistólico puede incrementarse para compensar esta situación, lo que se traduce en una presión arterial elevada, aunque cabe que la presión sanguínea permanezca estable mientras que la taquicardia tal vez derive en insuficiencia cardíaca. La frecuencia cardíaca en reposo se mantiene sin cambios.

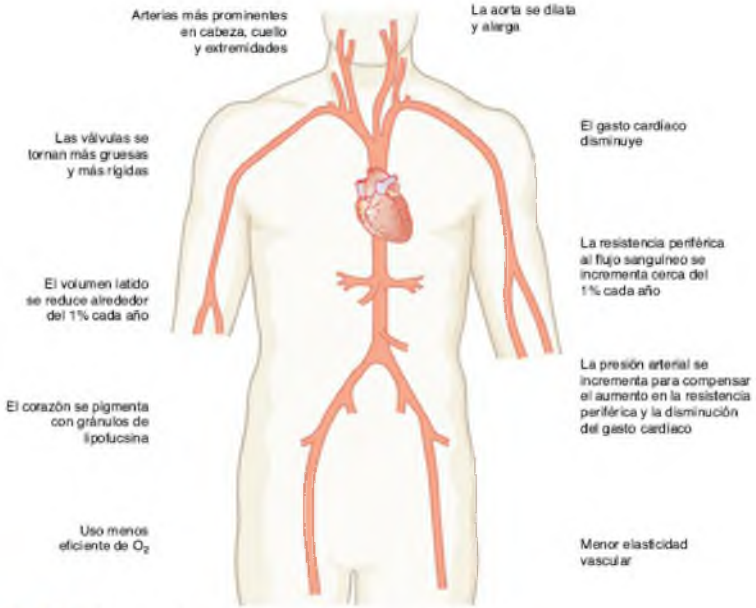


FIGURA 5-3 ■ Cambios cardiovasculares que tienen lugar con la edad.

CONCEPTO CLAVE

Los cambios cardiovasculares relacionados con la edad son más evidentes cuando se presentan demandas poco usuales para el corazón.

La capacidad máxima para el ejercicio y el consumo máximo de oxígeno varían entre las personas mayores. Aquellas con buena condición física tienen una función cardíaca comparable con la de personas más jóvenes que están en peores condiciones para su edad.

Los vasos sanguíneos se componen de tres capas, cada una de las cuales se ve afectada de manera diferente por el proceso de envejecimiento. La capa íntima, la más interna, experimenta los cambios más directos, incluidas fibrosis, calcificación y acumulación de lípidos, así como proliferación celular. Estos cambios contribuyen al desarrollo de ateroesclerosis. La capa media, la túnica media, experimenta adelgazamiento y calcificación de las fibras de elastina, e incremento de la cantidad de colágeno, lo que endurece los vasos. Se producen deterioro de la función de los barorreceptores y aumento de la resistencia periférica, que pueden conducir a que la presión arterial sistólica se eleve. Curiosamente, a pesar de que el incremento gradual de la presión arterial es común en Estados Unidos y otras naciones industrializadas, esto no suele ocurrir en las sociedades menos industrializadas; estudios transculturales en curso ayudarán a esclarecer si el aumento de la presión arterial es el

resultado del envejecimiento normal o de otros factores. El proceso de envejecimiento no afecta la capa más externa, la túnica adventicia. La disminución de la elasticidad de las arterias ocasiona cambios vasculares en el corazón, el riñón y la hipófisis. La reducción de la sensibilidad de los barorreceptores que regulan la presión sanguínea intensifica los problemas relacionados con hipotensión postural y posprandial (descenso de la presión arterial en al menos 20 mmHg durante la primera hora después de comer). La reducción de la elasticidad de los vasos, aunada a la piel más fina y una menor cantidad de grasa subcutánea, determina que los vasos de la cabeza, el cuello y las extremidades se tornen más prominentes.

Sistema gastrointestinal

Aunque no son tan letales como los problemas respiratorios o cardiovasculares, los síntomas gastrointestinales pueden crear mayor molestia y preocupación a las personas mayores. El proceso de envejecimiento altera este sistema en todos los puntos. Los cambios en dientes, boca y estructuras accesorias como el hígado también afectan la función gastrointestinal. La figura 5-4 resume los cambios del sistema gastrointestinal.

El esmalte dental se vuelve más frágil con la edad. La dentina, la capa debajo del esmalte, se torna más fibrosa y su producción se reduce. Las cámaras en las que se encuentran los nervios se estrechan y acortan, y los dientes son menos sensibles a los estímulos. La pulpa de la raíz experimenta contracción y fibrosis, la encía se retrae y se pierde densidad ósea en la cresta alveolar. Las caries profundas y en las superficies de masticación son más frecuentes. El aplanamiento de las cúspides de masticación es común. Los huesos que soportan los dientes disminuyen en densidad y altura, lo que contribuye a la pérdida dental. La pérdida de dientes no es una consecuencia normal del envejecimiento, pero un mal cuidado dental, la dieta y las influencias ambientales contribuyen a que gran parte de la población de adultos mayores tenga problemas dentales. Después de los 30 años de edad, la enfermedad periodontal es la razón principal de la pérdida de dientes. Más de la mitad de las personas mayores debe depender de prótesis parciales o totales, que tal vez no se utilicen de manera regular por incomodidad o mal ajuste. Si las piezas dentales originales se mantienen, a menudo se encuentran en mal estado, se fracturan con más facilidad y presentan superficies planas, manchas y diversos grados de erosión y desgaste de la corona y la estructura radicular. La fragilidad dental de algunas personas mayores puede acompañarse de un riesgo de aspiración de fragmentos de dientes.

Las sensaciones gustativas se vuelven menos agudas con la edad debido a la atrofia de la lengua, que afecta las papilas gustativas; la irritación crónica (como en los casos de los fumadores con pipa) puede reducir la eficiencia del sentido del gusto en mayor grado que el experimentado sólo por el envejecimiento. La percepción del sabor dulce en la punta de la lengua tiende a sufrir una pérdida mayor que la percepción de los sabores amargos, salados y picantes. Los alimentos excesivamente condimentados a los que se recurre para compensar las alteraciones de los sabores podrían generar problemas de salud a las personas mayores. La pérdida de papilas y las varicosidades sublinguales son también situaciones comunes.

Los adultos mayores producen alrededor de un tercio de la cantidad de saliva de

la que producían en la juventud (Gupta, Epstein y Sroussi, 2006). La saliva a menudo disminuye en cantidad y aumenta en viscosidad como resultado de algunos fármacos que suelen usarse para el tratamiento de enfermedades geriátricas. La ptialina salival disminuye, lo que obstaculiza la descomposición de los almidones. Debido a los cambios sutiles en el mecanismo de la deglución, tal vez ésta dure el doble de tiempo (Shaker y cols., 2003). La disminución de la fuerza muscular y la capacidad presora de la lengua pueden interferir en la masticación y la deglución (Ney, Weiss, Kind y Robinson, 2009).

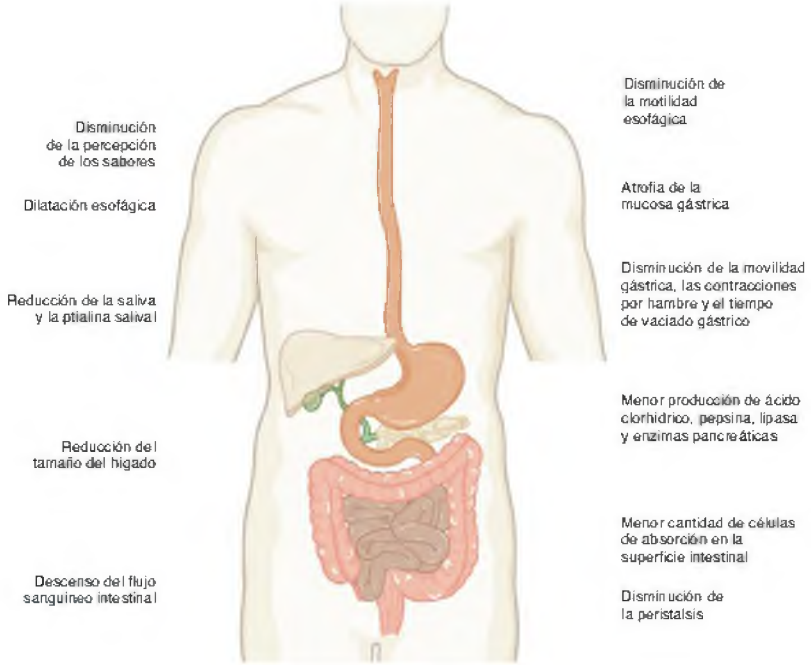


FIGURA 5-4 ■ Cambios gastrointestinales relacionados con el envejecimiento.

La edad afecta la motilidad esofágica. Se presenta el presbiesófago, una alteración caracterizada por disminución de la intensidad de las ondas de propulsión y aumento de la frecuencia de las ondas distintas a las de propulsión en el esófago. El esófago tiende dilatarse ligeramente y su vaciado es más lento; ello puede causar incomodidad porque la comida permanece en él durante más tiempo. Puede presentarse relajación del esfínter esofágico inferior que, combinada con un reflejo de mordida más débil y un vaciado esofágico retardado, incrementa el riesgo de aspiración.

Se cree que la motilidad gástrica disminuye con la vejez, junto con las contracciones gástricas. Los estudios de los cambios en el tiempo de vaciado gástrico no han sido concluyentes: algunos refieren que un retraso en el mismo es normal en el envejecimiento y otros lo atribuyen a factores diversos. La mucosa gástrica se

atrofia. El ácido clorhídrico y la pepsina disminuyen con la edad, y el incremento en el pH del estómago contribuye a que la incidencia de irritación gástrica aumente.

En ocasiones se presenta atrofia en los intestinos delgado y grueso, y hay un menor número de células en la superficie de absorción de las paredes intestinales. Se observa una reducción gradual en el peso del intestino delgado y un acortamiento y ensanchamiento de las vellosidades, lo que lleva al desarrollo de crestas paralelas en lugar de las proyecciones digitales que se observan en el intestino de las personas jóvenes. No hay ningún cambio funcional significativo en el tiempo medio de tránsito intestinal conforme la edad avanza. La absorción de grasa es más lenta y la dextrosa y la xilosa son más difíciles de absorber. La absorción de las vitaminas B, B_{12}, D, calcio y hierro se deteriora. El intestino grueso produce menos secreción mucosa y la elasticidad de la pared rectal disminuye. El envejecimiento normal no interfiere en la motilidad de las heces a través del intestino, aunque otros factores frecuentes en la vejez contribuyen al estreñimiento. La pérdida del tono del esfínter interno relacionada con la edad puede afectar la eliminación intestinal. La transmisión más lenta de los impulsos nerviosos a la parte inferior del intestino reduce la conciencia de la necesidad de evacuar los intestinos.

Con la edad, el peso y volumen del hígado se reducen, pero al parecer esto no produce efectos nocivos. El hígado viejo es menos capaz de regenerar las células dañadas. Las pruebas de función hepática se mantienen dentro de un rango normal. La estabilización y la absorción del colesterol son menos eficientes, por lo que incrementa la incidencia de cálculos biliares. Los conductos pancreáticos se dilatan y distienden, y con frecuencia la glándula se prolapsa por completo.

Sistema urinario

El sistema urinario está afectado por los cambios en los riñones, los uréteres y la vejiga (fig. 5-5). La masa renal se hace más pequeña con la edad, lo que es atribuible a pérdida cortical en lugar de pérdida de la médula renal. La disminución del crecimiento del tejido renal y la ateroesclerosis pueden causar atrofia renal. Es posible que estos cambios tengan un profundo efecto sobre la función renal, que reduce el flujo sanguíneo y la tasa de filtración glomerular aproximadamente a la mitad entre los 20 y 90 años de edad (Kielstein y cols., 2003; Lerma, 2009).

La función tubular declina. El intercambio de sustancias, la conservación de agua y sodio, y la supresión de la secreción de hormona antidiurética son menos eficientes en presencia de hipoosmolalidad. Los riñones de las personas de edad avanzada tienen menos capacidad para conservar el sodio en respuesta a su restricción. Aunque estos cambios pueden contribuir a hiponatremia y nicturia, no afectan la gravedad específica de manera significativa. La disminución de la función tubular también determina que la reabsorción de la glucosa a partir del filtrado sea menor, lo que puede ocasionar proteinuria y glucosuria 1+ que no debe interpretarse como de importancia diagnóstica.

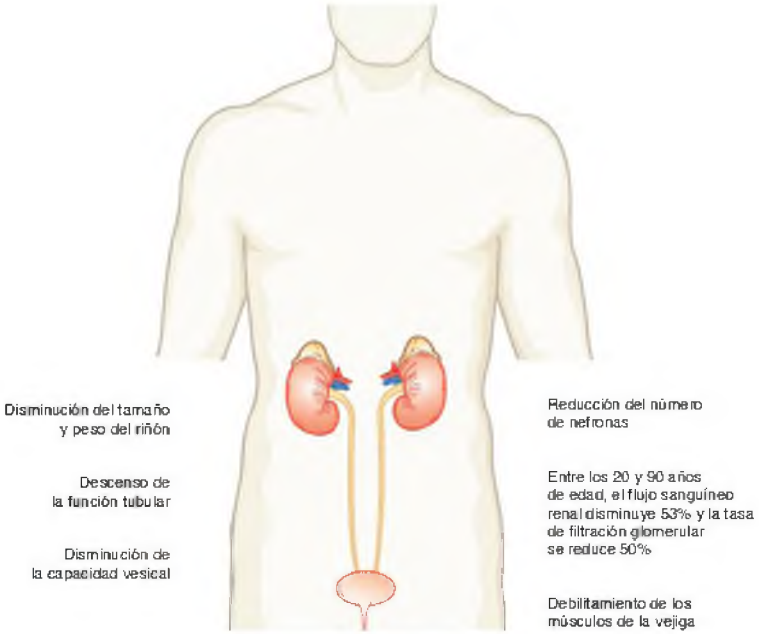


FIGURA 5-5 ■ Cambios en el tracto urinario que se presentan con el envejecimiento.

Los cambios vesicales en la persona de edad avanzada afectan la frecuencia y la urgencia urinarias, y la nicturia. Los músculos de la vejiga se debilitan y la capacidad vesical disminuye. El vaciado vesical es más difícil; puede observarse retención de grandes volúmenes de orina. El reflejo de la micción se retrasa. A pesar de que la incontinencia urinaria no es una consecuencia normal del envejecimiento, en algunos casos puede haber incontinencia por estrés secundaria al debilitamiento del diafragma pélvico, sobre todo en las mujeres multíparas.

Sistema reproductor

Con la edad, las vesículas seminales se ven afectadas por suavización de la mucosa debida a adelgazamiento del epitelio, sustitución del tejido muscular por tejido conjuntivo y reducción de la capacidad retentiva de agua. Los túbulos seminíferos experimentan degeneración por fibrosis, adelgazamiento del epitelio y engrosamiento de la membrana basal, además de estenosis de la luz del conducto. Los cambios estructurales pueden reducir el recuento de espermatozoides en algunos varones. La hormona foliculoestimulante y la hormona luteinizante se incrementan en asociación con disminución de las concentraciones séricas y de la cantidad biodisponible de testosterona. La esclerosis y la fibroelastosis venosa y arterial del cuerpo esponjoso pueden afectar el pene con la edad. El adulto mayor no pierde la capacidad física para lograr erecciones o eyaculaciones, aunque el orgasmo y la eyaculación tienden a ser menos intensos (Sampson, Untergasser, Plas y Berger, 2007). Hay cierta atrofia

testicular.

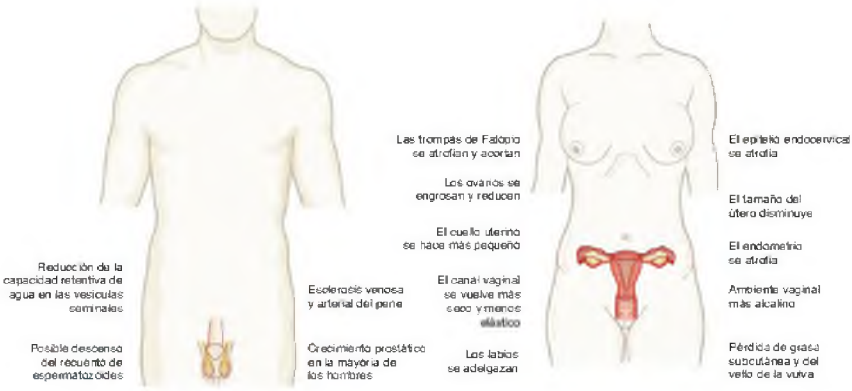


FIGURA 5-6 ■ Cambios en las estructuras del sistema reproductor masculino y femenino que se presentan con el envejecimiento.

La mayoría de los hombres de edad avanzada experimenta crecimiento prostático (Marks, Roehrborn, y Andiole, 2006). El grado y el tipo varían entre los individuos. Tres cuartas partes de los hombres de 65 años tienen algún grado de prostatismo, que causa problemas en la frecuencia urinaria. Aunque el crecimiento prostático suele ser benigno, origina un mayor riesgo de malignidad y requiere evaluación regular.

Los genitales femeninos presentan muchos cambios conforme la edad avanza, incluida atrofia vulvar secundaria a los cambios hormonales, acompañada de pérdida de grasa subcutánea y vello, y aplanamiento de los labios mayores. La vagina de la mujer mayor se observa rosada y seca con un canal liso y brillante a causa de la pérdida del tejido elástico y las rugosidades. El epitelio vaginal se vuelve delgado y avascular. El ambiente vaginal es más alcalino en las mujeres mayores y se acompaña de un cambio en el tipo de flora y una reducción de las secreciones. El cuello uterino es atrófico y más pequeño; el epitelio endocervical también se atrofia. El útero se contrae y el endometrio se atrofia, aunque aún responde a la estimulación hormonal, lo que puede ser la causa de los incidentes de sangrado después de la menopausia en las mujeres de edad en tratamiento con estrógenos. Los ligamentos de soporte del útero se debilitan y pueden ocasionar un retroceso en la posición del útero; este desplazamiento hacia atrás y el tamaño reducido pueden dificultar la palpación uterina durante la exploración. Las trompas de Falopio se atrofian y acortan con la edad, y los ovarios atróficos son más gruesos y se reducen a un tamaño tan pequeño que no son palpables durante la exploración. A pesar de estos cambios, la mujer mayor no pierde la capacidad de participar y disfrutar de relaciones sexuales u otras formas de placer sexual. El agotamiento de estrógenos también debilita los músculos del suelo pélvico, lo que puede conducir a la liberación involuntaria de orina cuando la presión intraabdominal se eleva.

La figura 5-6 resume los cambios relacionados con la edad en los sistemas reproductores masculino y femenino.

Sistema musculoesquelético

La cifosis, el agrandamiento de las articulaciones, la flacidez muscular y la pérdida de altura de muchas personas mayores son el resultado de la variedad de cambios que ocurren en el sistema musculoesquelético (fig. 5-7). Junto con otros tejidos corporales, las fibras musculares se atrofian y disminuyen en número, por lo que el tejido fibroso sustituye de manera gradual el tejido muscular.

En general la masa, la fuerza y los movimientos musculares se reducen; estos cambios se observan en especial en los brazos y las piernas, que se tornan flácidos y débiles. La sarcopenia, pérdida de masa muscular, fuerza y función relacionada con la edad, se observa sobre todo en personas inactivas; por ese motivo debe darse mayor importancia a la realización de ejercicios para minimizar la pérdida de tono y fuerza muscular. Pueden aparecer temblores musculares y se cree que se vinculan con degeneración del sistema extrapiramidal. Los tendones se contraen y endurecen, lo que disminuye el soporte. Los reflejos se reducen en los brazos y se pierden casi por completo en el abdomen, pero se mantienen en las rodillas. Por diversas razones, se producen calambres musculares con frecuencia.

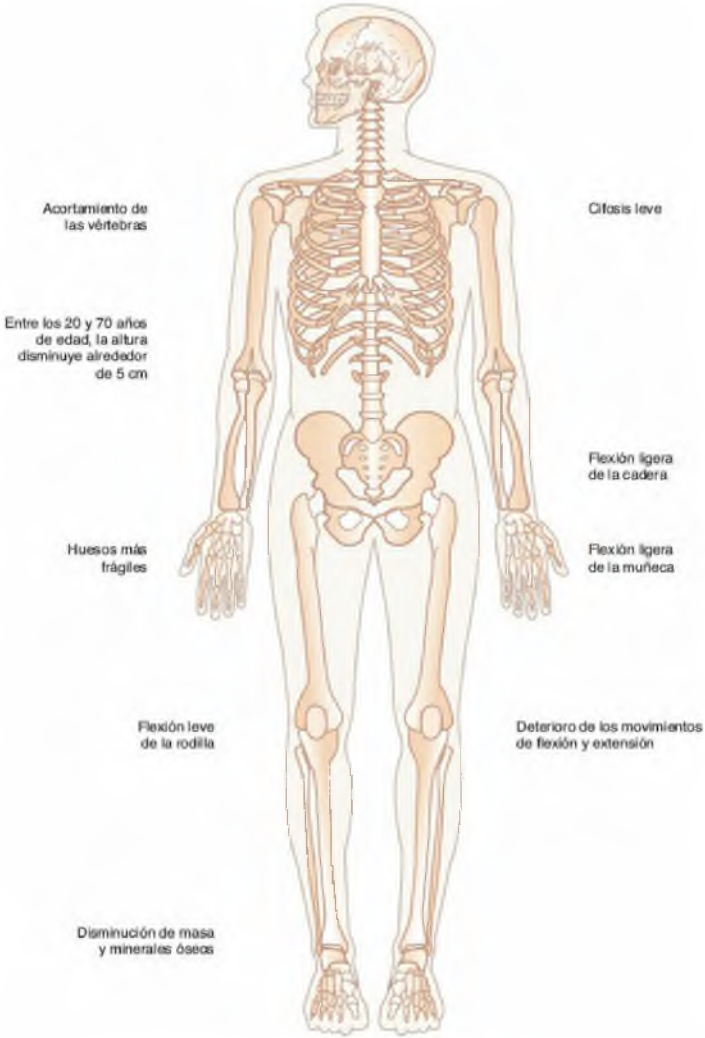


FIGURA 5-7 ■ Cambios esqueléticos secundarios al envejecimiento.

CONCEPTO CLAVE

La práctica de ejercicio físico de forma regular ayuda a mantener la fuerza y el tono musculares, y aminora algunas de las consecuencias funcionales negativas del envejecimiento.

La masa y el mineral óseos se reducen, lo que contribuye a la fragilidad de los

huesos en las personas mayores, en particular en las mujeres de edad avanzada que experimentan un ritmo acelerado de pérdida ósea después de la menopausia. La densidad ósea disminuye a un ritmo del 0,5% anual a partir de la tercera década de la vida. Hay una reducción en la absorción de calcio, una permeabilidad gradual de la superficie interior de los huesos largos y una producción más lenta de hueso nuevo en la superficie exterior. Estos cambios incrementan el riesgo de fracturas en las personas mayores. Aunque los huesos largos no se acortan significativamente con la edad, el adelgazamiento de los discos y la reducción de las vértebras acortan la longitud de la columna vertebral, causando una disminución de la altura que podría hacerse más evidente debido a diversos grados de cifosis, a inclinación posterior de la cabeza y a disminución de la flexibilidad de la cadera y las rodillas. El deterioro de la superficie del cartílago de las articulaciones y la formación de nudos y espuelas pueden limitar la actividad y el movimiento.

Sistema nervioso

Es difícil identificar con precisión el impacto del envejecimiento sobre el sistema nervioso debido a la dependencia de éste con otros sistemas del cuerpo. Por ejemplo, los problemas cardiovasculares pueden reducir la circulación cerebral y ser responsables de la disfunción cerebral. Aunque el peso del cerebro y el flujo sanguíneo cerebral se reducen, estos cambios estructurales no parecen afectar el pensamiento o el comportamiento (Rabbitt y cols., 2007).

La disminución de la función del sistema nervioso puede pasar inadvertida porque a menudo los cambios son inespecíficos y progresan lentamente.

Se sabe que el número de neuronas y la cantidad de fibras nerviosas, el flujo sanguíneo cerebral y el metabolismo son menores. La reducción del flujo sanguíneo cerebral se acompaña de disminución del uso de glucosa y de la tasa metabólica de oxígeno en el cerebro. Aunque la presencia de ovillos β-amiloides y neurofibrilares se asocia con la enfermedad de Alzheimer, éstos pueden observarse en los adultos mayores con función cognitiva normal.

La velocidad de conducción nerviosa es más baja (fig. 5-8). Estos cambios se manifiestan por reflejos más lentos y por una respuesta tardía a múltiples estímulos. La cinestesia corporal se debilita. La respuesta a los cambios en el equilibrio es más lenta, un factor que también contribuye a las caídas. La lentitud en el reconocimiento y la respuesta a los estímulos se vincula con disminución del crecimiento de nuevos axones en los nervios y de la reinervación de los nervios periféricos lesionados.

El hipotálamo regula la temperatura con menos eficacia. Las células cerebrales declinan lentamente en los últimos años de la vida, la corteza cerebral sufre alguna pérdida de neuronas y hay cierta disminución del tamaño y peso del cerebro, sobre todo después de los 55 años de edad. Puesto que el cerebro afecta el ciclo de sueño-vigilia, el ciclo circadiano y los factores homeostáticos de regulación del sueño, se producen cambios en el patrón de sueño, por lo que las fases III y IV son cada vez menos manifiestas (Munch, Knoblauch, Blatter, Wirz-Justicia y Cajochen, 2007). Despertarse con frecuencia durante el sueño no es inusual, aunque en realidad sólo se pierde una mínima parte.

Órganos sensoriales

Cada uno de los cinco sentidos se torna menos eficiente con la edad avanzada, lo que interfiere en mayor o menor grado en la seguridad, las actividades normales de la vida diaria y el bienestar general (fig. 5-9).

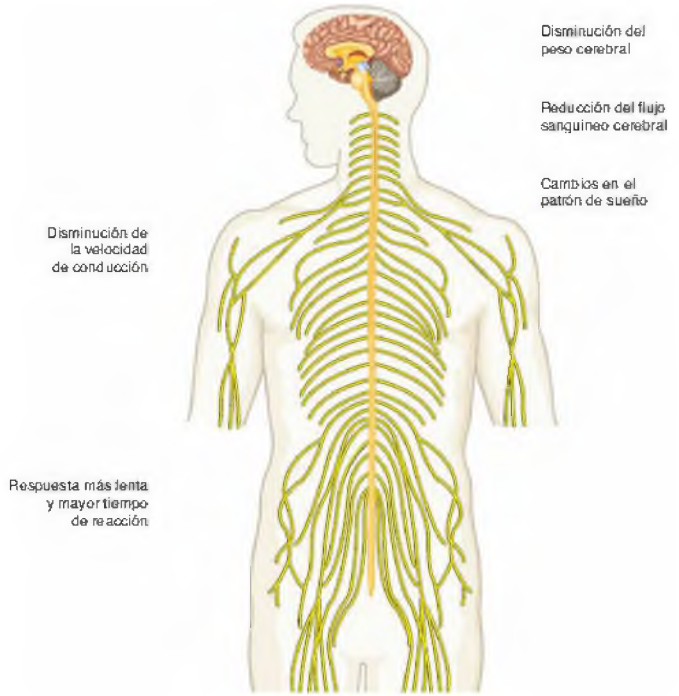


FIGURA 5-8 ■ Cambios neurológicos relacionados con el envejecimiento.

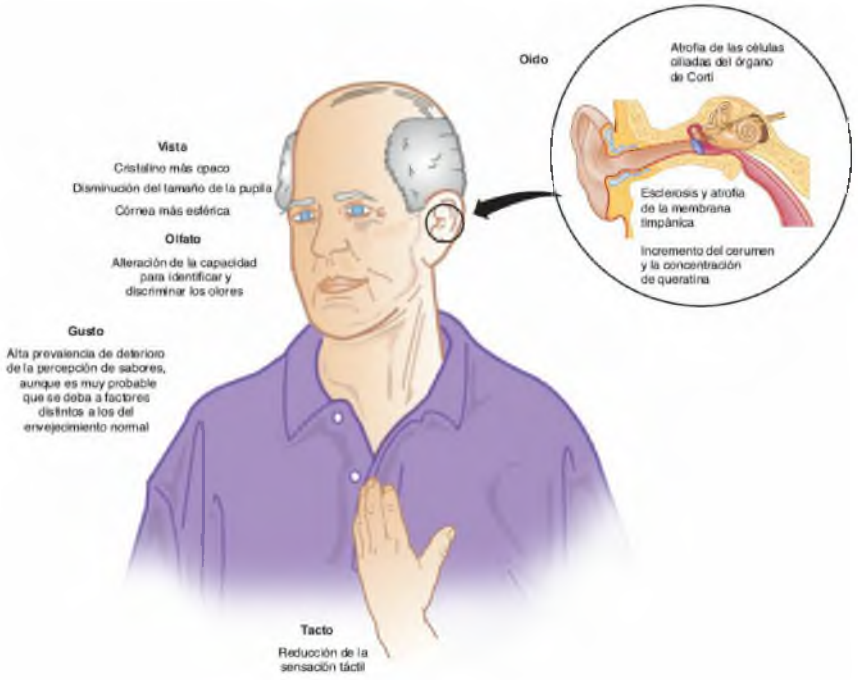


FIGURA 5-9 ■ Efectos de los cambios sensoriales que se producen con el envejecimiento.

Vista

Tal vez los cambios sensoriales que tienen mayor impacto son los cambios en la vista. La presbicia, la incapacidad de enfocar o acomodar adecuadamente debido a la reducción de la elasticidad del cristalino, es característica de los ojos de personas de edad avanzada y comienza a ser evidente en la cuarta década de la vida. El endurecimiento de las fibras musculares del cristalino que se produce con la presbicia disminuye la capacidad del ojo para cambiar la forma del cristalino al enfocar objetos cercanos y reduce la capacidad para adaptarse a la luz. Este problema de visión hace que la mayoría de los adultos de mediana edad y mayores necesite gafas correctoras para llevar a cabo tareas delicadas. El campo visual se estrecha, lo que hace más difícil la visión periférica. Hay dificultad para mantener la convergencia y la mirada hacia arriba. La pupila es menos sensible a la luz porque su esfínter se endurece, su tamaño disminuye y el contenido de rodopsina en los bastones se reduce. Como resultado, el umbral para la percepción de la luz aumenta y la visión nocturna o en zonas oscuras resulta difícil. Las personas mayores requieren más luz que las más jóvenes para ver adecuadamente.

Las alteraciones en la provisión de sangre a la retina y el epitelio pigmentario pueden causar degeneración macular, trastorno que genera pérdida de la visión central. Los cambios en la retina y la vía retiniana interfieren en el parpadeo crítico

(el punto en el que una luz parpadeante se percibe como continua en lugar de intermitente).

La densidad y el tamaño del cristalino incrementan, haciendo que éste se vuelva más rígido y más opaco. La opacificación del cristalino, que comienza en la quinta década, conduce al desarrollo de cataratas, que aumentan la sensibilidad al deslumbramiento y la visión difuminada, e interfieren en la visión nocturna. La exposición a los rayos ultravioletas del sol contribuye al desarrollo de cataratas.

La coloración amarillenta del cristalino (tal vez relacionada con una reacción química de la luz del sol con ciertos aminoácidos) y las alteraciones en la retina afectan la percepción del color e impiden que la gente mayor sea capaz de distinguir los tonos oscuros de los azules, los verdes y los violetas.

La percepción de profundidad se distorsiona, lo que causa problemas para determinar correctamente la altura de las banquetas y los escalones. Este cambio es la consecuencia de una disparidad entre las imágenes de la retina causada por la separación de los ojos y se conoce como estereopsis. Se tarda más tiempo en adaptar la visión a la oscuridad y la luz, así como en el procesamiento de la información visual. La reabsorción menos eficiente del líquido intraocular aumenta el riesgo de desarrollar glaucoma en las personas mayores. El músculo ciliar se atrofia gradualmente y es reemplazado por tejido conectivo.

El aspecto del ojo puede estar alterado; la reducción de las secreciones lagrimales puede ocasionar sequedad y falta de brillo, y es posible que los depósitos de grasa sean la causa de la aparición de un círculo blanco brillante parcial o completo que se desarrolla alrededor de la periferia de la córnea (arco senil). La sensibilidad corneal se ve disminuida, lo que puede incrementar el riesgo de lesión a la córnea. Asimismo, en ocasiones la acumulación de depósitos de lípidos causa una dispersión de los rayos de luz, que difuminan la visión. En la fosa posterior, la presencia de residuos y la condensación se vuelven visibles y pueden flotar a través del campo visual, lo que suele denominarse flotadores. La cantidad de humor vítreo disminuye y la proporción de líquido aumenta, haciendo que el cuerpo vítreo se separe de la retina; ello genera visión borrosa, imágenes distorsionadas y presencia de residuos. La agudeza visual declina de modo progresivo con la edad a causa de disminución del tamaño de la pupila, de dispersión de la luz en la córnea y el cristalino, de opacificación del cristalino y el vítreo, y de pérdida de células fotorreceptoras en la retina.

Audición

La presbiacusia es la pérdida progresiva de la audición que se produce como resultado de los cambios relacionados con la edad en el oído interno, que incluyen pérdida de células ciliadas, disminución del suministro de sangre, pérdida de flexibilidad de la membrana basal, degeneración de las células del ganglio espiral y reducción de la producción de endolinfa. Esta deficiencia auditiva degenerativa es el problema más grave que afecta el oído interno y la zona posterior de la cóclea. Los sonidos de alta frecuencia de 2 000 Hz y superiores son los primeros que se pierden; a medida que la situación progresa pueden perderse también las frecuencias medias y bajas. Una variedad de factores, entre ellos la exposición continua a ruidos fuertes, contribuye a la aparición de presbiacusia. Este problema hace que el habla se

distorsione porque algunos de los sonidos agudos (s, sh, f y ch) se filtran del habla normal y reducen la capacidad de discernir las consonantes. Este cambio es tan gradual y sutil que las per sonas afectadas pueden no darse cuenta de la magnitud de su pérdida auditiva. Es posible que la audición se agrave por la acumulación de cerumen en el oído medio. La presencia de un mayor contenido de queratina en el cerumen de la persona mayor en comparación con el de una joven contribuye a acrecentar el problema. El reflejo acústico, que protege el oído interno y filtra las distracciones auditivas de los sonidos producidos por el propio cuerpo y la voz, se ve disminuido por debilitamiento y rigidez de los músculos del oído medio y los ligamentos. Además de los problemas de audición, el equilibrio puede alterarse a consecuencia de la degeneración de las estructuras vestibulares y de la atrofia de la cóclea, el órgano de Corti y la estría vascular.

CONCEPTO CLAVE

Aunque la audición disminuye con la edad, pueden presentarse problemas auditivos en personas más jóvenes debido a la exposición a altos niveles de volumen, el tráfico y otros ruidos ambientales. Esta pérdida de la audición inducida por el ruido es prevenible.

Gusto y olfato

Cerca de la mitad de todas las personas de edad experimenta alguna pérdida de su capacidad para oler. El sentido del olfato se reduce con la edad porque el número de células sensoriales en la mucosa nasal y el de células en el bulbo olfativo del cerebro disminuyen. A la edad de 80 años se tiene casi la mitad de la sensibilidad para los olores que se tenía antes. Los hombres tienden a experimentar una mayor pérdida de la capacidad para detectar olores que las mujeres.

Como la mayor parte de la agudeza del sentido del gusto depende del olor, la disminución del sentido del olfato altera también el sentido del gusto. La atrofia de la lengua con la edad puede disminuir las sensaciones de sabor, aunque no hay ninguna evidencia concluyente de que el número o la capacidad de respuesta de las papilas gustativas se reduzcan (Fukunaga, R., Uematsu, H. y Sugimoto, K., 2005). Se cree que la disminución de la percepción del sabor de los alimentos está relacionada con una pérdida de percepción del gusto (Gupta, Epstein y Sroussi, 2006). La capacidad para detectar el sabor salado se afecta más que otras sensaciones gustativas. La reducción de la producción de saliva, la mala higiene bucal, los medicamentos y enfermedades como la sinusitis también afectan la percepción del sabor.

Tacto

La edad avanzada se vincula con disminución del número de receptores del tacto y con cambios en la integridad estructural de los mismos. La sensación táctil se reduce, como lo muestra la incapacidad de las personas mayores para sentir la presión y el dolor o diferenciar temperaturas. Estos cambios sensoriales pueden causar errores de percepción del medio ambiente y, como consecuencia, importantes riesgos para la seguridad.

Sistema endocrino

El sistema endocrino contiene grupos de células y glándulas que producen los mensajeros químicos conocidos como hormonas. Con la edad, la glándula tiroides experimenta fibrosis, infiltración celular e incremento de la nodularidad. La disminución de la actividad de esta glándula ocasiona una menor tasa metabólica basal y reduce tanto la captación de yodo radiactivo como la secreción y liberación de tirotropina. Las concentraciones séricas de yodo unido a proteínas no cambian, aunque el yoduro en el suero total disminuye. La liberación de yoduro de la glándula tiroides desciende con la edad, así como la excreción de los 17-cetosteroides. La glándula tiroides se atrofia progresivamente y la pérdida de la función suprarrenal puede disminuir aún más su actividad. La secreción de la hormona estimulante de la tiroides (TSH) y la concentración sérica de tiroxina (T4) no cambian, pero hay una reducción significativa de la triyodotironina (T3), que se cree que es el resultado de la menor conversión de T4 en T3. En general, la función de la tiroides sigue siendo adecuada.

Gran parte de la actividad secretora de la corteza suprarrenal está regulada por la hormona adrenocorticotrópica (ACTH), una hormona derivada de la hipófisis. Debido a que la secreción de ACTH disminuye con la edad, la actividad secretora de la glándula suprarrenal también lo hace. Aunque la secreción de ACTH no afecta la secreción de aldosterona, está demostrado que se produce y excreta menos aldosterona en la orina de las personas mayores. La secreción de glucocorticoides, 17-cetosteroides, progesterona, andrógenos y estrógenos, que también está influida por la glándula suprarrenal, se reduce.

La glándula hipófisis disminuye su volumen en cerca del 20% en los adultos mayores. La hormona de crecimiento, somatotropina, se mantiene en cantidades similares, pero el nivel en sangre puede reducirse con la edad. Las disminuciones de ACTH, TSH, hormona folículo estimulante, hormona luteinizante y hormona luteo trópica son evidentes en diversos grados. La secreción gonadal disminuye con la edad, incluida la pérdida gradual de testosterona, estrógenos y progesterona. Las glándulas paratiroides mantienen su función durante toda la vida, con la excepción de las alteraciones que se relacionan con los cambios en el nivel plasmático de calcio o la disfunción de otras glándulas.

En las personas mayores, las células β del páncreas liberan insulina de forma retardada e insuficiente, y se cree que la sensibilidad de los tejidos a la insulina circulante disminuye con la edad. La capacidad de los adultos mayores para metabolizar la glucosa se reduce y la ingesta repentina de altas concentraciones de glucosa causa una hiperglucemia más elevada y más prolongada, por lo que no es inusual la detección de altas concentraciones séricas de glucosa en los mayores no diabéticos.

CONCEPTO CLAVE

Se suelen encontrar concentraciones séricas de glucosa superiores a las consideradas normales en personas de edad avanzada sin diabetes.

Sistema tegumentario

La dieta, la salud general, la actividad, la exposición al sol y los factores hereditarios influyen en el envejecimiento normal de la piel. Los cambios de este sistema a menudo son los más molestos, ya que son obvios y reflejan claramente la edad avanzada. Se evidencian en un aplanamiento de la unión dermicoepidérmica, una reducción del grosor y la vascularización de la dermis, la desaceleración de la proliferación epidérmica y el aumento de la cantidad y la degradación de las fibras de elastina. Las fibras de colágeno se tornan más gruesas y menos ordenadas, lo que reduce la elasticidad de la piel. La dermis se vuelve más avascular y más delgada. Conforme la piel es menos elástica, más seca y frágil, y se pierde grasa subcutánea, las líneas, las arrugas y la flacidez se hacen evidentes. La piel se irrita y rasga con más facilidad. El número de melanocitos se reduce del 10 al 20% cada diez años a partir de la tercera década de la vida. Los melanocitos se agrupan y causan la pigmentación de la piel que comúnmente se conoce como manchas de la edad, con mayor prevalencia en las áreas del cuerpo expuestas al sol. La reducción del número de melanocitos genera en los adultos mayores un bronceado más lento y menos profundo. Puesto que la respuesta inmunitaria de la piel es menor, existe mayor propensión a las infecciones de la piel. Las neoplasias cutáneas benignas y malignas se presentan con mayor frecuencia en la edad avanzada.

El pelo y el vello localizado en el pubis y las axilas se adelgaza y encanece debido a la pérdida progresiva de las células de pigmento y a la atrofia y fibrosis de los bulbos pilosos. El pelo de la nariz y las orejas se vuelve más grueso. A la edad de 50 años, la mayoría de los hombres caucásicos tiene algún grado de calvicie y cerca de la mitad de las personas muestra canas. El crecimiento del pelo en el cuero cabelludo, el vello púbico y el axilar disminuye, y por el contrario el vello facial se incrementa en las mujeres mayores. En los varones de edad avanzada el crecimiento de pelo de las cejas, las orejas y los orificios de la nariz aumenta. Las uñas crecen más lentamente, son frágiles y quebradizas, desarrollan estrías longitudinales y el tamaño de la lúnula se reduce. La transpiración disminuye ligeramente porque el número y la función de las glándulas sudoríparas descienden.

Sistema inmunitario

El envejecimiento del sistema inmunitario, conocido como inmunosenescencia, incluye depresión de la respuesta inmunitaria, que origina un riesgo significativo de infecciones en los adultos mayores. Después de la mediana edad, la masa del timo disminuye de modo constante, hasta el punto de que la actividad sérica de las hormonas tímicas es casi indetectable en las personas mayores. La actividad de las células T se reduce y hay más células T inmaduras en el timo. Se produce una disminución significativa de la inmunidad media-da por células y los linfocitos T son menos capaces de proliferar en respuesta a mitógenos. Los cambios en las células T contribuyen a la reactivación de varicela zóster y *Mycobacterium tuberculosis*, infecciones que se presentan en muchos individuos mayores. La concentración sérica de inmunoglobulinas (Ig) no se altera significativamente; la concentración de IgM es más baja, mientras que las de IgA e IgG son más altas. Las respuestas a la influenza, parainfluenza, neumococo y tétanos son menos eficaces (se recomienda la

vacunación a causa de las graves consecuencias potenciales de estas infecciones en los adultos mayores). La respuesta inflamatoria disminuye y a menudo la inflamación se presenta de manera atípica en las personas mayores (p. ej., febrícula y escaso dolor). Además, se produce un aumento de la cantidad de citocinas proinflamatorias, un fenómeno probablemente asociado con ateroesclerosis, diabetes, osteoporosis y otras enfermedades cuya prevalencia se incrementa con la edad.

Termorregulación

La temperatura normal en el cuerpo es más baja en las personas de edad avanzada que en los jóvenes. La tempera tura media del cuerpo oscila entre 36 °C y 36,8 °C por vía oral y entre 36,6 °C y 37,2 °C en el recto. Las temperaturas rectal y del canal auditivo son los indicadores más precisos y confiables de la temperatura corporal en los adultos mayores.

La capacidad de respuesta a las temperaturas frías está reducida debido a vasoconstricción ineficiente, disminución del gasto cardíaco, disminución de la respuesta al escalofrío y reducción de la masa muscular y el tejido subcutáneo. En el otro extremo, las diferencias de respuesta al calor se relacionan con deterioro en los mecanismos de sudoración y disminución del gasto cardíaco.

CAMBIOS PSICOLÓGICOS

Los cambios psicológicos pueden estar influidos por el estado de salud, los factores genéticos, los logros educativos, la actividad y los cambios físicos y sociales. Es posible que el deterioro de los órganos de los sentidos impida la interacción con el medio ambiente y con otras personas, influyendo así en el estado psicológico. Sentirse deprimido y aislado socialmente puede obstaculizar la función psicológica óptima. Reconociendo la variedad de factores que pueden afectar el estado psicológico y la variedad de las respuestas individuales a estos factores, es posible hacer algunas generalizaciones.

Personalidad

Los cambios drásticos en la personalidad básica no se producen normalmente a medida que se envejece. Es muy probable que el amable y gentil mayor fuera así durante su juventud; del mismo modo, el mayor cascarrabias probablemente no era apacible y tranquilo en sus años anteriores. Excluyendo los procesos patológicos, la personalidad es compatible con la mantenida a lo largo de la vida, aunque quizá será más abierta y se expre -sará más honestamente. La supuesta rigidez de las personas mayores es más un resultado de las limitaciones físicas y mentales que un cambio de la personalidad. Por ejemplo, la insistencia de un adulto mayor para que sus muebles no sean reorganizados puede interpretarse como rigidez, pero tal vez sea una táctica de seguridad para alguien con mala memoria y déficit visual. Pueden presentarse cambios en los rasgos de personalidad en respuesta a los acontecimientos que alteran la cotidianidad, como la jubilación, la muerte de un cónyuge, la pérdida de la independencia, la reducción de los ingresos y la discapacidad. El tipo de personalidad

no describe a todos los adultos mayores. El ánimo, la actitud y la autoestima tienden a ser estables a lo largo del ciclo vital.

CONCEPTO CLAVE

El tipo de personalidad en la vejez es un reflejo de la personalidad mantenida durante toda la vida.

Memoria

Los tres tipos de memoria son: la de corto plazo, con una duración de 30 s a 30 min, la de largo plazo, que implica aquello que se aprendió hace mucho tiempo, y la sensorial, que se obtiene a través de los órganos de los sentidos y dura sólo unos pocos segundos. La recuperación de la información de la memoria a largo plazo puede ser más lenta, sobre todo si la información no se utiliza o no se necesita todos los días. La capacidad de retener información en la consciencia mientras se maneja otra información de la memoria funcional se reduce. Los adultos mayores pueden mejorar algunos olvidos relacionados con la edad mediante el uso de ayudas para la memoria (reglas o dispositivos mnemotécnicos), como asociar un nombre con una imagen, tomar notas o hacer listas y colocar objetos en lugares significativos. Los déficits de memoria pueden ser el resultado de una variedad de factores distintos a los del envejecimiento normal.

Inteligencia

En general es conveniente interpretar los hallazgos relacionados con la inteligencia de la población de más edad con mucha cautela porque los resultados pueden variar según los instrumentos de medición o el método de evaluación utilizados. La investigación gerontológica inicialmente usada para comparar la inteligencia con el paso de los años fue la causa de estos sesgos. Los adultos mayores enfermos no pueden compararse con personas jóvenes sanas. Tampoco pueden compararse las personas con diferente nivel educativo o cultural, ni los individuos expertos y capaces de realizar una prueba de inteligencia con aquellos que tienen deficiencias sensoriales o que no hayan realizado alguna vez este tipo de pruebas. Los estudios longitudinales que miden los cambios en una generación específica a medida que envejece y que consideran las variables sensoriales, de salud y los déficits educativos son relativamente recientes y determinan con mayor exactitud los cambios intelectuales que tienen lugar con el paso de los años.

Con la edad se mantiene la inteligencia básica. Las habilidades de comprensión verbal y de realización de operaciones aritméticas no se modifican. La inteligencia cristalizada, que es el conocimiento acumulado durante toda una vida y surge desde el hemisferio dominan te del cerebro, se mantiene durante la edad adulta. Esta forma de inteligencia permite a la persona utilizar el aprendizaje y las experiencias del pasado para resolver problemas. La inteligencia fluida, que implica la nueva información y que emana del hemisferio no dominante, controla las emociones, la retención de la información no intelectual, las capacidades creativas, la percepción espacial y la apreciación estética; se cree que este tipo de inteligencia puede disminuir en la edad

adulta. Una parte del deterioro de la función intelectual se presenta en los momentos previos a la muerte. Se han encontrado altos niveles de estrés psicológico crónico que se asocian con incremento de la incidencia de deterioro cognitivo leve (Wilson y cols., 2007).

Aprendizaje

Aunque la capacidad de aprender no se altera seriamente con la edad, pueden interferir otros factores que limiten el aprendizaje, como la motivación, la atención, la transmisión diferida de la información en el cerebro, los deterioros de la percepción y la enfermedad. Las personas de edad avanzada tal vez tengan menos disposición para aprender y dependen de la experiencia previa para solucionar problemas en lugar de experimentar con nuevas técnicas. Es posible que las diferencias en la intensidad y duración de la excitación fisiológica de la persona mayor hagan que resulte más difícil eliminar respuestas aprendidas y adquirir nuevos conocimientos. Las primeras fases del proceso de aprendizaje tienden a ser más dificultosas para las personas de edad avanzada que para las más jóvenes; sin embargo, después de una fase temprana más prolongada, los mayores son capaces de mantener un ritmo similar. El aprendizaje es más efectivo cuando la nueva información se relaciona con la información antes aprendida. Aunque no parece haber mucha diferencia entre las personas mayores y las más jóvenes en cuanto a la capacidad verbal o abstracta, las primeras muestran ciertas dificultades con las habilidades motoras y perceptivas. Las evidencias indican una tendencia hacia la asociación simple en lugar del análisis. Para los adultos mayores es un problema el aprendizaje de nuevos hábitos, ya que en ocasiones deben desaprender, reaprender o modificar los hábitos arraigados después de muchos años.

CONCEPTO CLAVE

Los adultos mayores mantienen la capacidad de aprender, a pesar de una variedad de factores que pueden interferir en el proceso de aprendizaje.

Capacidad de concentración

Los mayores muestran una disminución de la capacidad de vigilancia (es decir, la capacidad para retener la atención por más de 45 min). Se distraen más fácilmente por la información y los estímulos irrelevantes, y son menos capaces de realizar tareas complicadas o que requieren trabajo sincronizado.

PARA REFLEXIONAR

En los últimos 10 años, ¿qué cambios ha experimentado en cuanto a apariencia, comportamiento y actitudes? ¿Cómo se siente con respecto a estos cambios?

IMPLICACIONES DE LOS CAMBIOS RELACIONADOS CON LA EDAD EN LOS CUIDADOS ENFERMEROS

Es esencial la comprensión de los cambios comunes del envejecimiento para garantizar el desarrollo de las competencias de la enfermera gerontológica. Este conocimiento puede ayudar en la promoción de prácticas que mejoren la salud, reduzcan los riesgos de enfermedad y aumenten el bienestar. Diferenciar lo normal de las manifestaciones inusuales en los adultos mayores y de la presentación atípica de enfermedades puede ser de gran valor en la identificación de padecimientos y en la instauración de un tratamiento oportuno. La tabla 5-1 enumera algunas intervenciones de enfermería relacionadas con los cambios secundarios a la edad.

CASO A CONSIDERAR

El Sr. G., es un camionero jubilado de 72 años de edad que ingresó al hospital para el tratamiento de una glomerulonefritis aguda. Su altura es de 1,77 m y su peso de 81,6 kg. En la historia clínica se observa que el año pasado pesaba 100 kg y que ha experimentado una reducción de peso en cada una de las visitas mensuales a su médico. A pesar de que tiene un grado moderado de enfermedad pulmonar obstructiva crónica, aún fuma una cajetilla de cigarrillos al día. Tiene varices en ambas extremidades inferiores y hemorroides. El Sr. G., es coherente y responde de forma apropiada. Su esposa comenta que él siempre ha tenido una mente aguda, aunque en los últimos años ha sido mucho más tranquilo y menos sociable. Al observar al Sr. G., durante todo el día, empieza a notarse que:

- Presenta falta de aire con mínimos esfuerzos.
- Desarrolla edema.
- Tiene dificultad para orinar y sus micciones son escasas.
- Añade una cantidad considerable de sal a su comida antes de probarla.
- Tiene dificultad para oír una conversación normal.
- Se mueve muy poco cuando está en cama.

PENSAMIENTO CRÍTICO

- ¿Qué signos y observaciones se relacionan con el envejecimiento normal y cuáles pueden atribuirse a un padecimiento?
- ¿Qué factores contribuyeron a los problemas de salud del Sr. G.?
- Describir los mayores riesgos para el Sr. G., e indicar las intervenciones enfermeras que puedan minimizarlos.

Las enfermeras que cuidan a adultos mayores deben ser conscientes de que a pesar de los numerosos cambios que suelen experimentarse con la edad, la mayoría de ellos funciona admirablemente bien y tienen vidas normales y satisfactorias. Aunque las enfermeras tienen que reconocer los factores que pueden alterar la función con el envejecimiento, también deben hacer hincapié en las capacidades y los activos que los mayores poseen, y ayudar a las personas de todas las edades a lograr un envejecimiento saludable.

CONCEPTO CLAVE

Mediante la promoción de prácticas positivas en personas de todas las edades, las enfermeras pueden ayudar a un mayor número de personas a entrar en la edad avanzada con altos grados de salud y funcionalidad.

TABLA 5-1 Intervenciones enfermeras relacionadas con los cambios secundarios del envejecimiento

Cambio asociado con la edad	Actividades enfermeras
Reducción del líquido intracelular	Prevenir la deshidratación al asegurar la ingesta de por lo menos de 1 500 ml de agua al día
Disminución de la grasa subcutánea; disminución de la protección natural	Asegurar que se utiliza ropa adecuada para mantener el calor corporal; mantener la temperatura ambiente entre 21° C y 24° C
Menor temperatura bucal	Usar termómetros que registran bajas temperaturas; establecer una referencia para evaluar la temperatura corporal cuando el paciente se encuentre bien a fin de identificar manifestaciones clínicas de fiebre
Disminución del gasto cardíaco y el volumen sistólico; aumento de las resistencias periféricas	Permitir el descanso entre las actividades y rutinas; reconocer el tiempo requerido para que el ritmo cardíaco vuelva a la normalidad después de un sobreesfuerzo cardíaco y evaluar la presencia de taquicardia; garantizar que el nivel de presión arterial se adecua a las necesidades circulatorias mediante la evaluación de la función física y mental
Disminución de la expansión y la contracción pulmonares, de la actividad respiratoria; falta de insuflación basal; aumento de la rigidez de los pulmones y la caja torácica; menor eficiencia del intercambio de gases y de la respuesta tusígena	Fomentar la actividad respiratoria; reconocer que las infecciones respiratorias pueden acompañarse de síntomas y signos atípicos; controlar la administración de oxígeno manteniendo el nivel a 4 ml, a menos que se prescriba lo contrario
Fragilidad de los dientes; retracción de las encías	Fomentar el uso de hilo dental y el cepillado diariamente; garantizar que el paciente visite al dentista anualmente; revisar la cavidad bucal en busca de enfermedad periodontal, dientes afilados, irregulares u otras alteraciones
Disminución de la agudeza de las sensaciones gustativas	Observar el consumo excesivo de dulces y sal; asegurar que los alimentos se sirven de manera atractiva; condimentar los alimentos de modo saludable
Cavidad bucal deshidratada	Ofrecer líquidos durante las comidas; hacer que el paciente beba antes de tragar comprimidos y cápsulas, y examinar la boca después de su administración para garantizar que los medicamentos se tragaron
Disminución de la motilidad esofágica y gástrica; disminución del ácido gástrico	Identificar la presencia de indigestión; estimular la ingesta de cuatro a seis comidas pequeñas en lugar de tres copiosas; aconsejar al paciente que no se acueste durante al menos 1 h después de las comidas

Disminución de la peristalsis colónica; impulsos neuronales menos intensos en el intestino distal	Estimular a ir al baño de manera programada a fin de dar tiempo suficiente para la eliminación intestinal; vigilar la frecuencia, consistencia y cantidad de las deposiciones
Disminución del tamaño de la masa renal, el número de nefronas, el flujo sanguíneo renal, la tasa de filtración glomerular y la función tubular	Asegurar que las dosis de medicamentos prescritos estén ajustadas a la edad; observar las reacciones adversas a los medicamentos; reconocer que las determinaciones de glucosa en orina pueden ser poco fiables; la excreción urinaria de creatinina y la depuración de creatinina disminuyen, y las concentraciones séricas de nitrógeno ureico en sangre son más altas
Disminución de la capacidad vesical	Ayudar a los pacientes con frecuente necesidad de ir al baño; garantizar su seguridad durante la noche
Debilidad de los músculos vesicales	Observar en busca de signos de infecciones del tracto urinario; ayudar al paciente a mantenerse en posición vertical
Crecimiento de la próstata	Verificar que el paciente se someta a un examen prostático cada año
Sequedad y fragilidad vaginal	Asesorar a las mujeres en el uso seguro de lubricantes para mayor comodidad durante las relaciones sexuales
Incremento de la alcalinidad del canal vaginal	Buscar signos de vaginitis
Atrofia muscular; reducción de la masa y fuerza musculares	Fomentar el ejercicio físico regular; asesorar a los pacientes para que eviten esfuerzos o el uso inadecuado de los músculos
Disminución de la masa ósea y de su contenido mineral	Instruir al paciente en las medidas de seguridad para evitar caídas y fracturas; fomentar una adecuada ingesta de calcio y el ejercicio
Fases III y IV del sueño menos eficientes	Evitar las interrupciones del sueño; asegurar que el tiempo y la calidad del sueño sean suficientes
Disminución de la acomodación visual; reducción de la visión periférica; visión menos eficaz en las zonas oscuras y con poca luz	Garantizar que el paciente se someta a un examen oftalmológico anual; usar luces por la noche; evitar cambios drásticos en la intensidad de la iluminación; verificar que los objetos que los pacientes usan estén dentro de su campo visual
Coloración amarilla del cristalino	Evitar el uso de tonos de verdes, azules y violetas juntos
Disminución de la sensibilidad corneal	Advertir al paciente que proteja sus ojos
Presbiacusia	Garantizar que el paciente se realice una audiometría si existe un problema; hablar con él en voz alta y grave
Reducción de la capacidad para sentir la presión y el dolor	Garantizar que el paciente cambie su posición antes de que presente eritema en los tejidos; examinar el cuerpo para detectar lesiones; reconocer las respuestas mínimas al dolor
Reducción de la respuesta inmunitaria	Prevenir las complicaciones de infecciones; recomendar la aplicación anual de vacunas contra neumococo, tétanos e influenza; promover un buen estado nutricional para mejorar las defensas
Menor tasa metabólica	Asesorar al paciente para que evite el alto consumo de calorías
Alteraciones de la secreción de insulina y el metabolismo de glucosa	Asesorar a los pacientes para que eviten el alto consumo de carbohidratos; observar las manifestaciones singulares de hiperglucemia o hipoglucemia
Aplanamiento de la unión dermo-epidérmica; reducción del espesor y la vascularización de la dermis; degeneración de las fibras de elastina	Aplicar los principios de prevención de úlceras
Piel seca	Reconocer la necesidad de bañarse con menos frecuencia; evitar el uso de jabones fuertes; utilizar suavizantes de la piel
Respuestas más lentas y mayor tiempo de reacción	Esperar el tiempo necesario para que el paciente responda, procese la información y lleve a cabo las tareas

LLEVANDO LA INVESTIGACIÓN A LA VIDA

COMPARACIÓN DE LA EDAD Y EL TIEMPO PARA LA MUERTE EN LA DESDIFERENCIACIÓN DE LAS

CAPACIDADES COGNITIVAS EN LA TERCERA EDAD

Batterham, P.J., Christensen, H., & Mackinnon, A.J. (2011). Psychology and Aging, 26(4), 844–851.

La *hipótesis de la desdiferenciación* propone que las habilidades cognitivas específicas están muy relacionadas con las capacidades generales en la vejez y que esto es resultado de los padecimientos que afectan la inteligencia fluida. Puesto que los investigadores encontraron que la evidencia que apoya esta hipótesis es limitada, examinaron las capacidades cognitivas de las personas mayores.

El estudio longitudinal de cohorte basado en la comunidad de Canberra, que incluyó a 896 adultos australianos mayores de 70 años, proporcionó datos de 687 personas que fueron seguidas durante 17 años hasta el momento de su muerte. Se observó que los cambios en la capacidad cognitiva se relacionan con demencia y otros trastornos más que con el envejecimiento normal. Esto sugiere que las teorías de la función cognitiva deben tener en cuenta la diversidad de las capacidades al final de la vida y la presencia o no de enfermedades. Este estudio demuestra que aún queda mucho por aprender acerca del «envejecimiento normal». Cuando observan cambios en la función intelectual, aun cuando se supone que son compatibles con el envejecimiento normal, las enfermeras deben revisar los antecedentes de la función intelectual y señalar los cambios recientes y la presencia de alteraciones que pueden afectar la capacidad intelectual. Aunque la evaluación inicial de un adulto mayor pudiera evidenciar una disminución de la inteligencia fluida, si los antecedentes revelan una adecuada inteligencia fluida hasta hace poco tiempo este hallazgo podría ser una anomalía en este individuo o el reflejo de una afección, a pesar de que podría suponerse que se trata de un hallazgo común en muchos mayores.

REALIDADES PRÁCTICAS

Una enfermera trabaja en una oficina con un grupo de médicos que han tenido algunos de los mismos pacientes en su consulta durante casi dos décadas. Aunque muchos de sus pacientes han envejecido, los médicos utilizan básicamente el mismo enfoque, cambian el orden de los fármacos y no incluyen la revisión de problemas psicosociales.

¿Qué podría sugerir para actualizar la práctica y satisfacer las necesidades que se están abordando de manera adecuada a su edad?

EJERCICIOS DE PENSAMIENTO CRÍTICO

1. ¿Qué esfuerzos deben hacerse para educar a personas de todas las edades en las prácticas que fomenten un envejecimiento saludable?
2. ¿Qué cambios relacionados con la edad puede identificar en sí mismo y en sus padres?
3. ¿Qué recomendaciones podrían darse a los jóvenes para la promoción de un

REFERENCIAS

Fukunaga, A., Uematsu, H., & Sugimoto, K. (2005). Influences of aging on taste perception and oral somatic sensation. *Journal of Gerontology, Series A, Biological Sciences, 60*(1), 109–113.

Gupta, A., Epstein, J. B., & Sroussi, H. (2006). Hyposalivation in elderly patients. *Journal of the Canadian Dental Association, 72*(9), 841–846.

Kielstein, J. T., Body-Boger, S. M., Frolich, J. C., Ritz, E., Haller, H., & Fliser, D. (2003). Asymmetric dimethylarginine, blood pressure, and renal perfusion in elderly subjects. *Circulation, 107*(14), 1891–1895.

Lerma, E.V. (2009). Anatomic and physiologic changes of the aging kidney. *Clinics in Geriatric Medicine, 25*, 325–329.

Marks, L. S., Roehrborn, C. G., & Andiole, G. L. (2006). Prevention of benign prostatic hyperplasia disease. *Journal of Urology, 176*(4), 1299–1406.

Munch, M., Knoblauch, V., Blatter, K., Wirz-Justice, A., & Cajochen, C. (2007). Is homeostatic sleep regulation under low sleep pressure modified by age? *Sleep, 30*(6), 781–792.

Ney, D., Weiss, J, Kind, A., & Robinson, J. A. (2009). Senescent swallowing: Impact, strategies and interventions. *Nutrition in Clinical Practice, 24*(3), 395–413.

Rabbitt, P., Scott, M., Lunn, M., Thacker, N., Lowe, C., Pendleton, N., Jackson, A., et al. (2007). White matter lesions account for all age-related declines in speed but not in intelligence. *Neuropsychology, 21*(3), 363–370.

Sampson, N., Untergasser, G., Plas, E., & Berger, P. (2007). The aging male reproductive tract. *Journal of Pathology, 211*(2), 206–218.

Shaker, R., Ren, J., Bardan, E., Easterling, C., Dua, K., Xie, P., & Kern, M. (2003). Pharyngoglottal closure reflex: Characteriz ation in healthy young, elderly and dysphagic patients with predeglutitive aspiration. *Gerontology, 49*(1), 12–20.

St-Onge, M. P., & Gallagher, D. (2010). Body composition changes with aging: The cause or the result of alternations in metabolic rate and macronutrient oxidation? *Nutrition, 26*(2), 152–155.

Wilson, R. S., Schneider, J. A., Boyle, P. A., Arnold, S. E., Tang, Y., & Bennett, D. A. (2007). Chronic distress and incidence of mild cognitive impairment. *Neurology, 68*(24), 2085–2092.

Woo, J., Leung, J., & Kwok, T. (2007). BMI, body composition, and physical functioning in older adults. *Obesity, 15*(7), 1886–1894.

LECTURAS RECOMENDADAS

Las lecturas recomendadas relacionadas con este capítulo pueden encontrarse en el sitio web que acompaña al libro. Visítese **http://thepoint.lww.com/espanol-Eliopoulos8e** para acceder a las lecturas recomendadas y otros recursos adicionales vinculados con este capítulo.

UNIDAD 2

Fundamentos de enfermería gerontológica

6 La especialidad de enfermería gerontológica

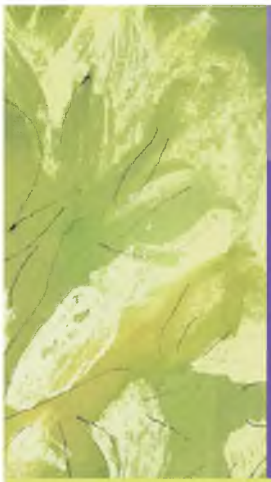
7 Modelo holístico de enfermería gerontológica

8 Aspectos legales de enfermería gerontológica

9 Aspectos éticos de enfermería gerontológica

10 Atención continuada en gerontología

11 Autocuidado de la enfermería gerontológica



CAPÍTULO 6

La especialidad de enfermería gerontológica

RESUMEN DEL CAPÍTULO

Desarrollo de la enfermería gerontológica

Elementos fundamentales de gerontología

- Práctica basada en la evidencia.
- Normas.
- Competencias.
- Principios.

Roles de la enfermera gerontológica

- Curador.
- Cuidador.
- Educador.
- Defensor.
- Innovador.

Funciones avanzadas de la práctica enfermera

El futuro de la enfermería gerontológica

- Uso de las prácticas basadas en la evidencia.
- Investigación avanzada.
- Promover la atención integral.
- Educar a los cuidadores.

Desarrollar nuevas funciones.

Equilibrar la calidad de la atención y los costes sanitarios.

La especialidad de enfermería gerontológica no siempre fue una actividad muy popular y respetada de la práctica enfermera. Sin embargo, durante las últimas décadas la especialidad ha experimentado un crecimiento profundo y contado con el reconocimiento social debido a la importancia de la población de edad avanzada. Las enfermeras tienen muchas oportunidades de tener un papel importante en el cuidado de los adultos mayores de hoy y en dar forma al futuro de la enfermería gerontológica.

OBJETIVOS DE APRENDIZAJE

Después de estudiar este capítulo, el lector será capaz de:

1. Describir la importancia de la práctica basada en la evidencia en enfermería gerontológica.
2. Identificar los estándares utilizados en la práctica enfermera en gerontología.
3. Detallar los fundamentos que guían la práctica de la enfermera gerontológica.
4. Discutir las principales funciones de las enfermeras gerontológicas.
5. Plantear los desafíos futuros de la enfermería gerontológica.

CONCEPTOS BÁSICOS

Competencia: destrezas, conocimientos y habilidades para hacer algo de acuerdo con las normas establecidas.

Enfermería geriátrica: parte de la enfermería que cuida de los adultos mayores enfermos.

Enfermería gerontológica: práctica de enfermería que promueve el bienestar y la más alta calidad de vida para las personas que envejecen.

Estandarización: expectativas de atención deseadas basadas en la evidencia que sirven como modelo con el que puede juzgarse la práctica.

Práctica basada en la evidencia: uso de la investigación y la información científica para orientar las acciones.

DESARROLLO DE LA ENFERMERÍA GERONTOLÓGICA

Las enfermeras, siempre interesadas en el cuidado de las personas mayores, parecen haber asumido más responsabilidad que otras disciplinas profesionales con este segmento de la población. En 1904, la American Journal of Nursing editó el primer

artículo de enfermería en el cuidado de los adultos mayores, en el que presentó muchos de los principios que aún guían la práctica de enfermería gerontológica de hoy (Bishop, 1904): «No se debe tratar a un niño como si fuera una persona adulta, ni tratar a una persona de edad como una en la flor de la vida». Resulta de interés que esta misma revista publicó un artículo titulado «The Old Nurse», que enfatiza el valor de los años del envejecimiento de la enfermera experimentada (Simon, 1904).

Después de la Federal Old Age Insurance Law (mejor conocida como Social Security) que fue aprobada en 1935, muchas personas de edad avanzada tenían una alternativa a los asilos y podían adquirir de forma independiente alojamiento y comida. Dado que muchas de las casas que ofrecen estos servicios a los mayores eran manejadas por las mujeres que se hacían llamar enfermeras, tales residencias fueron conocidas más tarde como residencias de ancianos.

Durante muchos años, la atención de los adultos mayores era una especialidad poco popular de la práctica enfermera. Las enfermeras geriátricas —aquellas que cuidaban a los mayores enfermos— se consideraban inferiores en sus capacidades, no lo suficientemente buenas para las unidades de cuidados agudos ni preparadas para su jubilación. Las instalaciones geriátricas desalentaron a muchas enfermeras competentes de trabajar en estos lugares con el pago de salarios bajos. A ello se añadía una actitud negativa en los programas educativos, en los que las experiencias con las personas de edad avanzada eran insuficientes en cantidad y calidad, y la atención se centraba en la población enferma más que en la sana, más representativa de dicho grupo. Aunque las enfermeras estaban entre los pocos profesionales que intervenían con los adultos mayores, la gerontología no figuró en la mayoría de los planes de estudios de enfermería hasta hace poco tiempo.

La frustración por la falta del valor otorgado a la enfermería geriátrica llevó a una apelación ante la American Nurses Association (ANA) para obtener ayuda en la promoción de la situación de esta área de la práctica. Después de años de estudio, en 1961 la recomendó la formación de un grupo especial para las enfermeras geriátricas. En 1962, la Conference Group on Geriatric Nursing Practice de la ANA celebró su primera reunión nacional. Este grupo se convirtió en la Division of Geriatric Nursing en 1966 y ganó el completo reconocimiento como una especialidad de enfermería. Una contribución importante de este grupo en el año de 1969 fue la creación de las Standards for Geriatric Nursing Practice, publicadas por primera vez en 1970. Siguió la certificación de las enfermeras para la excelencia en la práctica de enfermería geriátrica; los primeros 74 enfermeros alcanzaron este reconocimiento en 1975. El nacimiento de la Journal of Gerontological Nursing, la primera revista profesional para satisfacer las necesidades e intereses específicos de los enfermeros gerontológicos, también se produjo en 1975.

Durante la década de 1970, las enfermeras se hicieron cada vez más conscientes de su papel en la promoción de una experiencia de envejecimiento saludable de todas las personas y en garantizar la salud de los adultos mayores. Como resultado de ello, expresaron el interés en cambiar el nombre de la especialidad de enfermería geriátrica por enfermería gerontológica para reflejar un alcance más amplio que el cuidado de los enfermos de edad avanzada. En 1976, la Geriatric Nursing Division se convirtió en la Gerontological Nursing Division. El recuadro 6-1 enumera puntos de referencia

en el desarrollo y crecimiento de la enfermería gerontológica.

CONCEPTO CLAVE

La enfermería gerontológica implica el cuidado de personas de edad avanzada y hace hincapié en la promoción de la calidad de vida más alta posible y el bienestar durante toda la vida. La enfermería geriátrica se centra en el cuidado de las personas mayores enfermas.

En las últimas décadas, la especialidad de la enfermería gerontológica ha experimentado un crecimiento profundo. Mientras que sólo se enumeran 32 artículos sobre el tema de los cuidados de enfermería de los adul tos mayores en el Cumulative Index to Nursing Literature en 1956 y sólo aparece el doble de esa cifra una década más tarde, el número de artículos publicados ha crecido considerablemente desde entonces. Los textos de enfermería gerontológica progresaron de unos pocos en la década de 1960 a docenas en la actualidad, por lo que la cantidad y calidad de esta bibliografía han ido en aumento. Un número creciente de escuelas de enfermería están incluyendo programas de enfermería gerontológica en sus currículos de pregrado y ofrecen títulos avanzados de especialización en esta área. La certificación ofrece un medio por el que una organización profesional de enfermería valida el conocimiento y las competencias de la enfermera. Las enfermeras registradas pueden recibir la certificación como enfermeras generales capacitadas en enfermería gerontológica con un grado de enfermería básica y dos años de experiencia en la especialidad o la certificación avanzada como especialista en enfermería clínica gerontológica o como enfermera gerontológica con formación de posgrado además de la experiencia adicional. (Para obtener información de esta certificación, véase la lista del American Nurses' Credentialing Center, al final de este capítulo.) Las especialidades en administración de enfermería en cuidados a largo plazo, enfermería geropsiquiátrica, rehabilitación geriátrica y otras áreas de subespecialización han evolucionado; numerosas asociaciones de esta especialidad de enfermería han elaborado posiciones relacionadas con la integración de la enfermería geriátrica en su práctica de especialidad (éstas a menudo se publican en los sitios web de la asociación). El Hartford Institute for Geriatric Nursing, establecido en 1990, ha contribuido al avance de la especialidad mediante la identificación y el desarrollo de mejores prácticas y la facilitación de la aplicación de estas prácticas (para más información, visítese http://www.hartfordign.org). En 2003, el Hartford Institute for Geriatric Nursing colaboró con la American Academy of Nursing y la American Association of Colleges of Nursing para desarrollar las Iniciativas de enfermería geriátrica Hartford, que han contribuido de modo importante al crecimiento de la práctica basada en la evidencia en la especialidad. La enfermería gerontológica ha avanzado con rapidez y todo indica que este crecimiento continuará.

RECUADRO 6-1 Puntos de referencia en el crecimiento de la enfermería gerontológica

1902	Primer artículo sobre el cuidado de los adultos mayores en American Journal of Nursing escrito por un médico.
1904	Primer artículo sobre el cuidado de las personas de edad avanzada en American Journal of Nursing escrito por una enfermera.
1950	Primer texto de enfermería gerontológica publicado (Geriatric Nursing, K. Newton). Primera tesis de maestría en la atención de las personas de edad avanzada (Eleanor Pingrey). La geriatría se reconoce como un área de especialización en enfermería.
1952	Primer estudio de enfermería acerca de la atención a personas de edad avanzada publicado en Nursing Research.
1961	La American Nurses Association (ANA) recomienda la formación de un grupo de especialistas en enfermería geriátrica.
1962	Primera reunión nacional de la ANA Conference on Geriatric Nursing.
1966	Formación de la Division of Geriatric Nursing de la ANA. Primer programa de especialización en enfermería gerontológica clínica (Universidad de Duke).
1968	Primera vez que una enfermera hace una presentación en el Congreso Internacional de Gerontología (Laurie Gunter).
1969	Desarrollo de normas para la práctica de enfermería geriátrica.
1970	Primera publicación de ANA Standards of Gerontological Nursing Practice.
1973	Primera certificación de la ANA en enfermería gerontológica (74 enfermeras certificadas).
1975	Primera publicación especializada en enfermería gerontológica, Journal of Gerontological Nursing. Primera conferencia de enfermería en el Congreso Internacional de Gerontología.
1976	La ANA cambia el nombre de la Geriatric Nursing Division por el de Gerontological Nursing Division.
1976	Publicación de ANA Standards of Gerontological Nursing. La ANA inicia la certificación de enfermeras geriátricas practicantes.
1980	American Journal of Nursing lanza la revista Geriactic Nursing.
1981	Primera conferencia internacional de enfermería gerontológica. La Gerontological Nursing Division de la ANA desarrolla la declaración del alcance de la práctica de enfermería gerontológica.
1982	Desarrollo del Programa de enfermería Robert Wood Johnson con orientación familiar.
1983	Primera cátedra universitaria en enfermería gerontológica en Estados Unidos (Case Western Reserve).
1984	Se forma la National Gerontologic Nursing Association (NGNA).

	La ANA Division of Gerontologic Nursing Practice, se convierte en el Council on Gerontologic Nursing.
1986	Se forma la Association for Directors of Nursing Administration in Long-Term Care (NADONA/LTC).
1989	La ANA ofrece por primera vez la certificación de especialistas en gerontología clínica.
1990	Se establece la Division of Long-Term Care dentro del ANA Council of Gerontolocal Nursing.
1996	La John A. Hartford Foundation emite las Iniciativas de enfermería geriátrica Hartford.
2001	La ANA publica la revisión de Standards and Scope of Gerontolical Nursing Practice.
2002	Iniciativa sobre la competencia enfermera en envejecimiento para proporcionar educación gerontológica y actividades en asociaciones especializadas de enfermería.
2004	La American Association of Colleges of Nursing publica competencias para los programas de práctica avanzada en enfermería gerontológica.
2007	Se forma la American Association for Long-Term Care Nursing..

El crecimiento de la especialidad se acompaña de una mayor conciencia de la complejidad de la enfermería gerontológica. Las personas mayores presentan una gran diversidad en términos de estado de salud, origen cultural, estilo de vida, hábitat, nivel socioeconómico y otras variables. La mayoría tiene enfermedades crónicas que afectan de forma singular las enfermedades agudas, las reacciones a los tratamientos y la calidad de vida. Los síntomas de enfermedad pueden ser atípicos. Es posible que coexistan múltiples trastornos de salud y que dificulten el trazo del curso de una sola o la identificación de la causa subyacente de los síntomas. Las alteraciones que los adultos mayores experimentan pueden corresponder a muchas especialidades clínicas, lo que reta a las enfermeras gerontológicas a adquirir una amplia base de conocimientos. El riesgo de complicaciones es alto. Otros factores, como los recursos económicos limitados o el aislamiento social, afectan el estado de salud y bienestar. Además, el carácter opcional de la geriatría en muchas de las escuelas de medicina y enfermería puede limitar el grupo de colegas con información apropiada de los aspectos específicos del cuidado de los mayores.

ELEMENTOS FUNDAMENTALES DE GERONTOLOGÍA

Con la formalización y el crecimiento de la especialidad de enfermería gerontológica, enfermeras y organizaciones de enfermería han desarrollado directrices informales y formales para la práctica clínica. Algunos de estos elementos básicos son la práctica basada en la evidencia y las normas y principios de la enfermería gerontológica.

Práctica basada en la evidencia

Hubo un tiempo en el que la atención que las enfermeras prestaban se guió más por el ensayo y error que por la investigación y el conocimiento fiables. Por fortuna, esto cambió y la práctica enfermera ahora sigue un enfoque sistemático que utiliza la investigación existente en un proceso conocido como toma de decisiones clínicas basada en la evidencia. Pruebas, evaluación y empleo de los resultados de la investigación en el cuidado enfermero de las personas mayores son de tal importancia que se consideran uno de los estándares de la ANA para el desempeño profesional de la enfermería gerontológica.

La práctica basada en la evidencia se fundamenta en la síntesis y el análisis de la información disponible en la investigación. Las formas más acreditadas para presentar esta información son los metaanálisis y los análisis de costes (Agency for Healthcare Research and Quality, 2008). Un *metaanálisis* es un proceso de análisis y compilación de los resultados de los estudios de investigación publicados sobre un tema específico. Este proceso combina los resultados de varios estudios para establecer conclusiones más importantes. Con los informes de *análisis de costes*, los datos relativos se reúnen en resultados para hacer comparaciones. El rendimiento también puede relacionarse con las mejores prácticas o con los resultados de la industria mediante un *estándar de comparación*. Por ejemplo, la tasa de úlceras por presión en una institución se contrasta con la de otro centro que tiene características similares. Los datos pueden usarse para fomentar mejoras.

CONCEPTO CLAVE

Las mejores prácticas se basan en la evidencia y se construyen sobre la experiencia de las enfermeras.

Normas

El ejercicio de la profesión enfermera se rige por normas. Las normas reflejan el nivel y las expectativas de atención que se desean y sirven como modelo para analizar la práctica. Por lo tanto, las normas sirven tanto para guiar como para evaluar la práctica de enfermería.

Las normas surgen a partir de diversas fuentes. Las regulaciones estatales y federales describen las normas mínimas de la práctica de los diferentes profesionales de la salud (p. ej., los actos de la práctica enfermera) y organismos (p. ej., las residencias de adultos mayores). La Joint Comisión ha desarrollado normas para diferentes situaciones clínicas que se esfuerzan por describir los niveles máximos de rendimiento alcanzables. Las ANA Scope and Standards of Practice for Gerontological Nursing, que se listan en el recuadro 6-2, son las únicas normas desarrolladas por y para las enfermeras gerontológicas. Las enfermeras deben evaluar periódicamente sus prác ticas con todas las normas que regulan sus áreas de actuación para asegurar que sus acciones reflejan una atención de la más alta calidad posible.

Competencias

Las enfermeras que trabajan con adultos mayores necesitan desarrollar competencias específicas para los cuidados gerontológicos a fin de promover la máxima calidad de atención para los mayores. Aunque pueden variar en función de la preparación educativa, el nivel de práctica y el contexto, algunas de las competencias básicas de la enfermera en gerontología incluyen la capacidad de:

- Diferenciar la normalidad de las manifestaciones anómalas en el mayor.
- Evaluar la situación física emocional, mental, social, espiritual y funcional de la persona mayor.
- Involucrar al adulto mayor en todos los aspectos de la atención según sus posibilidades.
- Proporcionar información y educación en un nivel y un lenguaje apropiados para el sujeto.
- Individualizar la planificación de la atención y la aplicación de los cuidados.
- Identificar y reducir los riesgos.
- Empoderar a los mayores para que ejerzan su máxima capacidad en la toma de decisiones.
- Identificar y respetar las preferencias derivadas de la cultura: lengua, raza, género, preferencia sexual, estilo de vida, experiencias y roles.
- Ayudar al adulto mayor en la evaluación, decisión, localización y transición a entornos que cumplan con sus necesidades de vida y cuidados.
- Promover y proteger los derechos de la persona mayor.
- Facilitar la discusión y respetar las voluntades anticipadas.

Para mantener y mejorar las competencias, las enfermeras han de estar actualizadas en relación con la investigación más reciente y con respecto a las mejores prácticas. Esta es una responsabilidad personal de la enfermera gerontológica.

RECUADRO 6-2 Normas de práctica profesional de la ANA para enfermería gerontológica

NORMA 1. VALORACIÓN

La enfermera gerontológica recoge datos generales pertinentes de la salud o situación física y mental del adulto mayor.

NORMA 2. DIAGNÓSTICO

La enfermera gerontológica analiza los datos de la evaluación para determinar los diagnósticos o problemas.

NORMA 3. IDENTIFICACIÓN DEL PRONÓSTICO

La enfermera gerontológica identifica los resultados esperados de un plan individualizado para el adulto mayor o para su situación.

NORMA 4. PLANIFICACIÓN

La enfermera gerontológica desarrolla un plan para alcanzar los resultados esperados.

NORMA 5. IMPLEMENTACIÓN

La enfermera gerontológica implementa el plan identificado.

NORMA 5A. COORDINACIÓN DE LOS CUIDADOS

La enfermera gerontólgica coordina la atención otorgada.

NORMA 5B. INSTRUCCIÓN Y PROMOCIÓN DE CUIDADOS DE LA SALUD

La enfermera gerontológica emplea estrategias para promover la salud y un medio ambiente seguro.

NORMA 5C. CONSULTA

La enfermera gerontológica avanzada provee consultas para influir en el plan identificado, mejorar las habilidades de otros y cambiar el pronóstico.

NORMA 5D. AUTORIDAD PARA PRESCRIBIR Y TRATAR

La enfermera gerontológica avanzada registrada receta y prescribe procedimientos, referencias, tratamientos y terapias de acuerdo con las leyes y reglamentos estatales y federales.

NORMA 6. EVALUACIÓN

La enfermera gerontológica evalúa el progreso del adulto mayor hacia el logro de los resultados esperados.

Fuente: American Nurses Association. (2010). Gerontological nursing scope and standards of practice. Silver Spring, MD: Nursebooks.org. (Una copia completa de las normas que incluye los criterios de medición y estándares de desempeño profesional para enfermería gerontológica puede obtenerse en la American Nurses Association, http://www.nursesbooks.org.)

Principios

Los datos científicos acerca de las teorías, los ajustes de la vida, el envejecimiento normal y la fisiopatología del envejecimiento se complementan con información específica de psicología, sociología, biología y otras ciencias físicas y sociales (fig. 6-1) para elaborar los principios de enfermería. Los principios son hechos probados o teorías ampliamente aceptadas que guían la práctica enfermera. Las enfermeras profesionales son responsables de usar estos principios como base de su práctica y para garantizar a través de medios pedagógicos que los diferentes profesionales de la salud tengan una base sólida de conocimientos.

Además de los principios básicos que orientan la prestación de servicios a las personas en general, los principios específicos y únicos de la atención conducen el cuidado de individuos de ciertos grupos etarios o de aquéllos con determinados problemas de salud. Algunos de los principios que guían la práctica de enfermería gerontológica se enumeran en el recuadro 6-3 y se desarrollan a continuación.

El envejecimiento: un proceso natural

Todo organismo vivo comienza a envejecer desde el momento de su concepción. El proceso de maduración o envejecimiento ayuda al individuo a alcanzar el nivel de función celular, orgánico y sistémico necesario para la realización de las tareas vitales. Cada célula de cada organismo envejece de manera constante y continua. A pesar de la normalidad y naturalidad de esta experiencia, mucha gente se acerca al envejecimiento como si se tratara de una experiencia patológica. Por ejemplo, algunos de los comentarios que suelen asociarse con el envejecimiento son:

- «Mirada gris y arrugada».
- «Pérdida de la función intelectual».
- «Enfermedad y fragilidad».
- «Obtener poca satisfacción de la vida».
- «Volver al comportamiento infantil».
- «Ser inútil».

FIGURA 6-1 ■ Sistema de información para la enfermera gerontológica.

Éstas son descripciones difícilmente válidas de los resultados del envejecimiento

para la mayoría de la gente. El envejecimiento no es una enfermedad que incapacita; incluso con las potenciales limitaciones impuestas por enfermedades de la vejez, las oportunidades de ser útil, la satisfacción y la alegría siempre están presentes. Una visión realista del proceso de envejecimiento puede promover una actitud positiva hacia la vejez.

CONCEPTO CLAVE

El envejecimiento es una experiencia natural, no un proceso patológico.

Factores que influyen en el proceso de envejecimiento

La herencia, la nutrición, el estado de salud, las experiencias de vida, el medio ambiente, la actividad y el estrés producen efectos únicos en cada individuo. Entre los diversos factores que se ha comprobado o se supone modifican el patrón habitual de envejecimiento, algunos investigadores creen que los factores heredados determinan el patrón de envejecimiento. La desnutrición puede acelerar los efectos negativos del proceso de envejecimiento, lo mismo que la exposición a toxinas ambientales, las enfermedades y el estrés. Por el contrario, las actividades mentales, físicas y sociales pueden reducir la velocidad y el grado de deterioro de la función con la edad. Estos factores se analizan con más detalle en el capítulo 2.

RECUADRO 6-3 Principios de la práctica de enfermería gerontológica

- El envejecimiento es un proceso natural común a todos los organismos vivos.
- Varios factores influyen en el proceso de envejecimiento.
- Se utilizan datos y conocimientos específicos en la aplicación del proceso de cuidados enfermeros para la población de edad avanzada.
- Los adultos mayores comparten necesidades de autocuidado y humanas similares con los demás seres humanos.
- La enfermera gerontológica se esfuerza por ayudar a los mayores a alcanzar la plenitud mediante la obtención de niveles óptimos de salud física, psicológica, social y espiritual.

Cada persona envejece de manera individualizada, aunque son evidentes algunas características generales entre la mayoría de un grupo de edad determinado. De la misma forma que no puede asumirse que todas las personas de 30 años son idénticas sino que se debe evaluar, enfocar y comunicar con cada persona de modo individualizado, las enfermeras tienen que reconocer que no hay dos personas de 60, 70 u 80 años de edad iguales. Las enfermeras deben comprender la multitud de factores que influyen en el proceso de envejecimiento y reconocer los efectos únicos en cada individuo.

El marco de las intervenciones enfermeras

Los datos científicos relacionados con el envejecimiento normal y las características psicológicas, biológicas, sociales y espirituales de la persona mayor deben incorporarse a los conocimientos generales de los que disponga la enfermera. El proceso de atención proporciona un enfoque sistemático para la prestación de los cuidados de enfermería e integra una amplia gama de conocimientos y habilidades. Las competencias de las enfermeras son más amplias que el seguimiento de una orden médica o la realización de una tarea aislada; el proceso de enfermería implica un enfoque holístico de las personas y de los cuidados que precisan. Los desafíos fisiológicos, psicológicos, sociales y espirituales singulares de los adultos mayores deben ser considerados en todas las fases del proceso de cuidados de enfermería.

Necesidades comunes

Las necesidades básicas que promueven la salud y la calidad de vida óptima para todos los pacientes son:

- *Equilibrio fisiológico:* respiración, circulación, nutrición, hidratación, eliminación, movimiento, descanso, comodidad, inmunidad y reducción de riesgos.
- *Conexiones:* familiares, sentimentales, sociales, culturales, ambientales, espirituales y con el propio «yo».
- *Gratificaciones:* propósito, placer y dignidad.

A través de las prácticas de autocuidado las personas suelen realizar actividades de manera independiente y voluntaria para cumplir con estas necesidades vitales. La intervención enfermera estaría justificada cuando una circunstancia inusual interfiere con la habilidad de un individuo para satisfacer estas demandas. La solución a estas necesidades y los problemas específicos que las personas mayores pueden experimentar en su cumplimiento se tratan en las unidades III a V.

Salud e integridad óptimas

El envejecimiento puede verse como el proceso de realización de la humanidad propia, de la integridad y la identidad en un mundo en constante cambio. En la vejez, las personas alcanzan un sentido de ser en sí que les permite demostrar su individualidad mientras se dirigen hacia la autorrealización. Al hacerlo, son capaces de experimentar la armonía con su entorno interno y externo, afianzar su dignidad, disfrutar de relaciones sociales completas y profundas, dar un sentido a su existencia y desarrollar las múltiples facetas de su ser. Las enfermeras gerontológicas juegan un papel importante en la promoción de la salud y la ayuda a las personas para que alcancen la plenitud. En el marco del autocuidado, las intervenciones enfermeras hacia este objetivo son:

- Fortalecer la capacidad de autocuidado.
- Eliminar o minimizar las limitaciones para el autocuidado.
- Prestar cuidados directos al suplir, hacer por o ayudar al individuo cuando las necesidades no pueden satisfacerse de manera independiente.

La trama tejida mediante las intervenciones enfermeras mencionadas es la promoción de la máxima independencia posible. A pesar de que puede ser un camino

más largo y difícil, esto permite a las personas mayores hacer por ellas mismos tanto como sea posible, lo que genera numerosos resultados positivos para su salud biopsicosocial.

PARA REFLEXIONAR

¿Qué prácticas de autocuidado son parte de la rutina de su vida? ¿Qué le hace falta?

ROLES DE LA ENFERMERA GERONTOLÓGICA

Las enfermeras pueden desempeñar diversos papeles en sus actividades con los mayores; la mayoría corresponde a los de curadoras, cuidadoras, educadoras, abogadas e innovadoras (fig. 6-2).

Curador

Al principio, la práctica de enfermería se basó en el concepto cristiano de la interrelación del cuerpo y el espíritu. A mediados de la década de 1800 se reconoció el oficio de enfermería como un arte de curación; esto es evidente en los escritos de Florence Nightingale: la enfermera «pone al paciente en las mejores condiciones para que la naturaleza actúe sobre él» (Nightingale, 1860). Conforme el conocimiento médico y la tecnología se hicieron más sofisticados y la profesión enfermera profundizó más en la ciencia que en el arte de la curación, el énfasis inicial en la amabilidad, comodidad, empatía e intuición se reemplazó por el desapego, la objetividad y los enfoques científicos. Sin embargo, el resurgimiento del enfoque holístico de la atención a la salud ha permitido que las enfermeras nuevamente reconozcan la interdependencia del cuerpo, la mente y el espíritu en la salud y la curación.

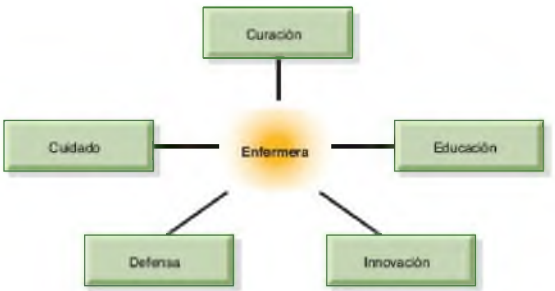


FIGURA 6-2 ■ Funciones de la enfermera gerontológica.

La enfermera tiene un papel importante en ayudar a las personas a mantenerse saludables, superar o sobrellevar la enfermedad, restablecer la función, encontrar

significado y propósito en la vida, y movilizar los recursos internos y externos.

En el papel de curadora, la enfermera gerontológica reconoce que los seres humanos valoran más la salud, son participantes activos y responsables en su mantenimiento y en el manejo de la enfermedad, y tienen el deseo de armonía y plenitud con su entorno. Es esencial un enfoque integral, reconociendo que las personas mayores deben ser vistas en el contexto de sus elementos biológicos, emocionales, sociales, culturales y espirituales. (La información de enfermería holística puede obtenerse de la American Holistic Nurses' Association, que se encuentra en la sección Recursos al final de este capítulo.)

PARA REFLEXIONAR

Henri Nouwen (1990) habla del «sanador herido» que utiliza sus propios problemas o heridas como un medio para ayudar a la curación de los demás. ¿Qué experiencias de vida o «heridas» tiene que le permitan ayudar a otros en sus funciones de sanador?

Para comprender la curación como un proceso dinámico, las enfermeras deben identificar sus propias debilidades, vulnerabilidades y la necesidad de continuar la autocuración. Esta creencia es consistente con el concepto del sanador herido y sugiere que, al reconocer las heridas de todos los seres humanos, incluidas ellas mismas, las enfermeras pueden ofrecer servicios dentro de un contexto afectuoso y compasivo.

Cuidador

La principal función de las enfermeras es la de cuidar. En este rol, las enfermeras gerontológicas usan la teoría gerontológica en la aplicación consciente del proceso de cuidados dirigido a los adultos mayores. La participación activa de los adultos mayores mismos y sus seres queridos en la promoción del autocuidado en la mayor proporción posible es inherente a este papel. Esto es especialmente significativo cuando aquellos que se encuentran enfermos y discapacitados están en riesgo de que las decisiones tomadas y las acciones realizadas —en el interés de «brindar atención», «eficiencia» y «mejor beneficio»— les roben la independencia que aún conservan.

Aunque el cuerpo de conocimientos de la atención geriátrica y gerontológica ha crecido de forma considerable, muchos médicos carecen de esta información. Las enfermeras gerontológicas se enfrentar al reto de garantizar que la atención de los individuos de edad avanzada se base en un conocimiento sólido que refleje las características, necesidades y respuestas específicas de las personas mayores mediante la difusión de los principios y prácticas gerontológicos. Las enfermeras que trabajan en esta área de especialidad tienen el desafío de adquirir los conocimientos y las habilidades que les permitan satisfacer las necesidades singulares de las personas mayores y asegurar que se apliquen las prácticas basadas en la evidencia.

Educador

Las enfermeras gerontológicas deben estar preparadas para aprovechar las oportunidades formales e informales que les permitan compartir sus conocimientos y habili dades relacionados con el cuidado de las personas mayores. Esta educación se extiende más allá de los profesionales hasta el público en general. Las áreas en las que las enfermeras gerontológicas pueden educar a otros incluyen el envejecimiento normal, la fisiopatología, la farmacología geriátrica, la promoción de la salud y los recursos gerontológicos disponibles. Con la diversidad y complejidad de los planes de seguro de salud, un área importante para la educación de los consumidores es la enseñanza de la forma de interpretar y comparar diferentes propuestas para que puedan tomar decisiones informadas. Para llevar a cabo esta función es esencial la comunicación eficaz que implica escuchar, interactuar, aclarar, entrenar, validar y evaluar.

RECUADRO 6-4 Educar a los adultos mayores

Cuando se enseña a los mayores es necesario:

- Valorar el déficit de conocimiento, la disposición para aprender y los obstáculos que interfieren en el proceso de aprendizaje.
- Organizar el material antes de la sesión.
- Planificar las estrategias para facilitar la participación activa en el proceso de aprendizaje.
- Asegurar el ambiente propicio para el aprendizaje (p. ej., temperatura ambiente cómoda, controlar el ruido, evitar el deslumbramiento y la presencia de distractores e interrupciones).
- Tener en cuenta que puede haber personas con deficiencias visuales o auditivas.
- Hablar en un nivel y con un lenguaje comprensible.
- Evitar la jerga médica.
- Usar varios métodos pedagógicos diferentes para complementar la presentación verbal (p. ej., videos, demostraciones, exposiciones en PowerPoint, folletos y hojas informativas).
- Proporcionar material escrito para complementar la instrucción verbal; puesto que los colores azul y verde son difíciles de diferenciar para los ojos de las personas mayores, evitar la impresión azul sobre papel verde.
- Resumir lo enseñado y reconocer los logros obtenidos.

Ser consciente de las posibles barreras para el aprendizaje:

- Estrés.
- Deterioros sensoriales.
- Educación o habilidades intelectuales limitadas.
- Estado emocional.
- Dolor, fatiga y otros síntomas.
- Necesidades fisiológicas insatisfechas.
- Actitudes o creencias que se tienen sobre tema.
- Experiencia anterior con el problema.
- Sentimientos de impotencia y desesperanza.

La función educativa de la enfermera también se manifiesta durante las interacciones rutinarias de la relación enfermera-paciente. La enfermera educa al paciente para que enfrente la falta de conocimientos identificados durante el proceso de evaluación. Nuevos medicamentos, tratamientos y alternativas crean la necesidad de enseñar al paciente para asegurar que tiene el conocimiento y la habilidad que le

permitirán tomar decisiones de manera competente y participar en su atención. En el recuadro 6-4 se describen algunos de los principios del aprendizaje en los mayores y algunas de las barreras para el mismo.

Defensor

La enfermera gerontológica puede funcionar como una defensora de varios modos. En primer lugar, la defensa de los pacientes de manera individual es esencial y puede incluir la ayuda a los adultos mayores para que hagan valer sus derechos y obtengan los servicios requeridos. Además, las enfermeras pueden abogar para que se faciliten y surtan efecto los esfuerzos de la comunidad o de otros grupos para lograr cambios y beneficios para los mayores, y para promover la enfermería gerontológica, incluidas nuevas y más amplias funciones de las enfermeras especialistas.

Innovador

La enfermería gerontológica aún es una especialidad en evolución; por lo tanto, las enfermeras tienen la oportunidad de desarrollar nuevas tecnologías y diferentes modalidades de atención. Como un innovador, la enfermera gerontológica asume un estilo científico, tomando decisiones conscientes y esforzándose en experimentar para que al final la práctica gerontológica mejore. Para ello es necesario que esté dispuesta a pensar «fuera del libro» y asuma riesgos relacionados con recorrer nuevos caminos, lo que generará la transformación de perspectivas en realidades.

Estas funciones pueden actualizarse en una variedad de escenarios de práctica, que se tratan en el capítulo 10, y ofrecen a las enfermeras gerontológicas oportunidades para demostrar su creatividad y liderazgo.

FUNCIONES AVANZADAS DE LA PRÁCTICA ENFERMERA

Para atender de manera competente y eficaz la complejidad clínica de los adultos mayores, las enfermeras requieren preparación en los principios únicos y las mejores prácticas de la atención gerontológica. Esto demanda una amplia base de conocimientos, capacidad para la práctica y liderazgo independiente, además de capacidad de resolución de problemas clínicos complejos que es posible gracias a las enfermeras preparadas para la práctica avanzada. Las funciones de práctica avanzada incluyen a médicos geriatras, enfermeras geriátricas, especialistas en enfermería clínica, enfermeras y médicos gerontopsiquiatras. La mayoría de estas competencias requieren la obtención de un grado de maestría como mínimo.

Existe evidencia fuerte de que las enfermeras con competencias de práctica avanzada establecen una diferencia importante en el cuidado de los mayores. Está demostrado que los profesionales de enfermería gerontológica y especialistas en enfermería clínica mejoran la calidad de vida y reducen los costes de la atención a las personas mayores en una variedad de contextos, como hospitales, residencias y atención ambulatoria. El claro impacto positivo en la salud y el bienestar de las personas mayores debe fomentar que las enfermeras gerontológicas persigan este tipo de competencias avanzadas de su práctica en sus entornos clínicos.

EL FUTURO DE LA ENFERMERÍA GERONTOLÓGICA

Históricamente, las enfermeras han sido las principales cuidadoras de los adultos mayores. En el futuro, las enfermeras gerontológicas deberán esforzarse para proteger tanto la atención de éstos como la especiali dad de enfermería gerontológica. Se han alcanzado grandes logros. Los profesionales dinámicos han elegido la enfermería gerontológica como una especialidad que ofrece multitud de oportunidades para poner en práctica una amplia gama de conocimientos y habilidades, y que presenta muchos retos que pueden abordarse de forma independiente en el ámbito de la práctica enfermera. Va en aumento una excelente investigación por y para las enfermeras a fin de proporcionarles una base científica sólida para la práctica. Un número creciente de escuelas de enfermería está incorporando la especialización en enfermería gerontológica.

Surgen nuevas oportunidades para las enfermeras gerontológicas de desarrollar modelos de práctica en los hospitales de cuidados intensivos, instalaciones de asistencia urgente, organizaciones de mantenimiento de la salud, comunidades de cuidados vitales, centros de tratamiento diurno para adultos y otras instituciones (fig. 6-3). El futuro de la enfermería gerontológica parece dinámico y emocionante. Sin embargo, existen más retos.

CONCEPTO CLAVE

Un número creciente de enfermeras está descubriendo que la enfermería gerontológica es una especialidad dinámica que ofrece importantes oportunidades para la independencia y la creatividad.

Uso de las prácticas basadas en la evidencia

Una cantidad considerable de conocimiento se ha obtenido a través de la investigación que permite guiar la práctica con base en la evidencia en lugar de conjeturas; el cuerpo de conocimientos crece y cambia continuamente. Las prácticas que antes se empleaban de manera rutinaria han demostrado ser ineficaces o aun perjudiciales. Esto reta a las enfermeras a utilizar y mantener las prácticas basadas en la evidencia.

Las enfermeras gerontológicas pueden acceder a las publicaciones en las que la práctica basada en la evidencia se obtiene de varias fuentes. La Cochrane Collaboration (www.cochrane.org) publica las Cochrane Reviews, evaluaciones sistemáticas de investigación que cumplen con los más altos estándares de la práctica basada en la evidencia. Entre los valiosos recursos de la Cochrane Colaboration se encuentran los enlaces a bases de datos que ofrecen acceso en línea a investigación médica de otros lugares. La National Guideline Clearinghouse (www. guideline.gov), como su nombre lo indica, ofrece directrices basadas en la evidencia. El Hartford Institute for Geriatric Nursery (www.hartfordign.org) proporciona muchos recursos basados en la evidencia para dirigir la práctica de enfermería geriátrica. Además, las revistas de geriatría y gerontología, y las publicaciones de las asociaciones

profesionales contienen informes de investigación recientes.

FIGURA 6-3 ■ La especialidad de enfermería gerontológica ofrece múltiples oportunidades para utilizar una amplia gama de conocimientos y habilidades en una variedad de entornos. (Fotos de Rick Brady).

La enfermera gerontológica debe asegurar que el desarrollo de nuevas políticas y procedimientos en el lugar de trabajo se base en la evidencia. Esto puede requerir que lleve a cabo una búsqueda en la bibliografía y que resuma y presente los resultados a otros miembros del equipo. Trasladar la investigación para optimizar la práctica es una función importante de la enfermera gerontológica.

Investigación avanzada

La creciente complejidad y la demanda de servicios de enfermería gerontológica son emocionantes y desafiantes, pero se acompañan de la necesidad de una base de conocimientos sólida sobre la cual construir dichos servicios. No hay espacio para el ensayo y error, como en las actividades del pasado realizadas por las enfermeras; el delicado equilibrio entre el estado de saludo de las personas de edad avanzada y la cada vez mayor demanda de los consumidores que fueron aumentando sus expectativas; así como el siempre presente riesgo de un litigio y los requisitos de la profesionalidad demandan fundamentos científicos para la práctica. La mejor investigación en enfermería se lleva a cabo sobre diversos temas y las enfermeras gerontológicas deben fomentar y apoyar estos esfuerzos mediante diversas acciones.

Una vía para que las enfermeras avancen en la investigación es establecer contactos con otros investigadores, que pueden representar importantes recursos. Es posi ble que la combinación de sus habilidades de investigación con las capacidades

de aquellos que se encuentran en entornos de práctica ayuden a resolver problemas clínicos. Instituciones académicas locales, hospitales docentes y residencias de adultos mayores pueden realizar investigaciones de interés que mejoren la práctica gerontológica o en las que puede participar una agencia de servicios.

Las enfermeras también contribuyen a apoyar los esfuerzos de investigación de diversas formas. Ya que los proyectos de investigación requieren financiación, pueden escribir cartas de apoyo y testimonios para ayudar a los diferentes organismos a comprender los beneficios de los esfuerzos de investigación. El contacto regular con los responsables que influyen en la asignación de fondos proporciona oportunidades para educar a estas personas en relación con la importancia de fomentar la investigación. No menos trascendente es que el apoyo a los esfuerzos de investigación garantice la continuidad de los protocolos, porque sus colegas en el ámbito clínico pueden facilitar o frustrar el trabajo de los investigadores.

Por último, las enfermeras deben estar al tanto de los nuevos hallazgos. El conocimiento de la enfermería gerontológica está en continua expansión, refutando las creencias del pasado y ofreciendo nuevos puntos de vista. Las enfermeras pueden realizar estudios independientes, cursos formales y programas de educación continua para mantenerse al día. Tan importante como la adquisición de conocimientos es la implementación de la práctica basada en la evidencia para mejorar la atención de los adultos mayores.

CONCEPTO CLAVE

El delicado equilibrio del estado de salud de las personas mayores y el alto riesgo de complicaciones, junto con el aumento de las expectativas del consumidor y una sociedad altamente litigante, refuerzan la importancia de la práctica basada en la evidencia.

Promover la atención integral

En Estados Unidos, la medicina convencional, con énfasis en el diagnóstico y tratamiento de enfermedades, ha fijado un enfoque para la práctica asistencial. Las prioridades actuales de atención y el desembolso económico administrado refuerzan el modelo médico y el cuidado centrado en la enfermedad. Desafortunadamente, la atención de los padecimientos médicos es sólo un aspecto del servicio que los mayores necesitan para estar saludables y experimentar una alta calidad de vida. De hecho, las prácticas de salud de las personas mayores, los ajustes a los cambios de vida, el sentido de trascendencia, la esperanza, la alegría, las relaciones con los demás y la capacidad para manejar el estrés pueden ser tanto o más importantes para su salud y su calidad de vida que la atención médica.

Las enfermeras han de asegurarse de que la atención gerontológica sea holística, lo que significa que deben considerarse los aspectos físicos, emocionales, sociales y espirituales de los individuos (*v.* cap. 7). Esto implica que no sólo realicen su práctica de una forma integral en sí misma, sino que también aboguen porque lo hagan otras disciplinas.

Las terapias alternativas y complementarias desempeñan un papel importante en

la atención integral. Estas terapias tienden a ser más confortables, seguras y menos invasivas que los tratamientos convencionales y empoderan a los adultos mayores y sus cuidadores en el autocuidado. Mucha gente que usa estas terapias refiere experiencias positivas con sus terapeutas, quienes a menudo dedican más tiempo que el personal del consultorio médico o el hospital típico para entender y atender las necesidades de todas las personas. Sin embargo, el uso de terapias alternativas no puede equipararse con la atención integral. Un terapeuta alternativo con visión unilateral, en la creencia de que cada enfermedad puede corregirse con la modalidad que practica y con la exclusión de los tratamientos convencionales eficaces, no es diferente del médico que prescribe un analgésico, pero no considera, las imágenes, los masajes, los ejercicios de relajación ni otras formas no convencionales de alivio del dolor. Integrar lo mejor de la terapia convencional con la terapia alternativa/complementaria apoya la atención integral.

Parte del enfoque holístico de la atención comprende también el cuidado de los cuidadores. Profesionales y cuidadores familiares que se encuentran en mal estado de salud, que luchan con problemas psicosociales, que se sienten espiritualmente vacíos y desconectados o tienen mal manejo del estrés necesitan sanarse a sí mismos antes de que puedan ser cuidadores eficaces. Las enfermeras pueden ayudar a estos cuidadores a identificar sus necesidades y encontrar la ayuda necesaria para su curación.

PARA REFLEXIONAR

Muchas enfermeras se encuentran en mal estado físico, fuman, comen con regularidad alimentos basura, invierten poco tiempo en sí mismas y tienen otros hábitos poco saludables. ¿Cuáles cree que son algunas de las razones de esto? ¿Qué se puede hacer para mejorar los hábitos de salud de las enfermeras?

Educar a los cuidadores

Se trate de la directora de enfermería, de un miembro de la familia que cuida a un pariente mayor, un auxiliar que tiene contacto más frecuente con el paciente que el profesional de enfermería o el médico que sólo atiende ocasionalmente a una persona de edad avanzada, los cuidadores a todos los niveles precisan de competencia en la prestación de servicios a la población de mayor edad. Las enfermeras gerontológicas influyen en la educación de los cuidadores por medio de:

- Las escuelas de enfermería, al ayudar a identificar temas relevantes para su inclusión en los planes de estudio.
- Participar en las experiencias de los estudiantes tanto en el aula como en el campo.
- Evaluar las deficiencias educativas del personal y planificar experiencias educativas para eliminar dichas deficiencias.
- Promover conferencias con el equipo interdisciplinar.
- Asistir y participar en los programas de formación continua.
- Leer las publicaciones actuales de enfermería y compartir la información con los

colegas.

- Servir de modelo a seguir demostrando las prácticas actuales.

Con un número creciente de miembros de la familia que proporcionan más atención compleja en el hogar que nunca, es esencial que su educación no se pase por alto. No puede darse por hecho que la familia tiene conocimientos en las técnicas correctas de cuidado porque ha tenido contacto con otros proveedores o ha proporcionado atención. La enfermera debe evaluar periódicamente y reforzar los conocimientos y habilidades de la familia.

Desarrollar nuevas funciones

Ya que las subespecialidades gerontológicas y los recursos e instituciones para el cuidado de las personas mayores crecen, se presentan oportunidades para que las enfermeras desarrollen nuevas funciones propias. Las enfermeras pueden demostrar creatividad y liderazgo en la medida en que se modifican las funciones y disposiciones tradicionales y se desarrollan nuevos modelos de práctica, que pueden incluir lo siguiente:

- Enfermera especialista en gerontopsiquiatría en el entorno de asistencia urgente.
- Administradora independiente para los casos de pacientes con enfermedades crónicas de la comunidad.
- Columnista del periódico local en temas relacionados con la salud y el envejecimiento.
- Propietaria o directora de un centro de salud para mujeres mayores, un programa de atención geriátrica diurno, una agencia de descanso o un centro de capacitación para cuidadores.
- Consejera de prejubilación y educadora para una empresa privada.
- Enfermera comunitaria de un centro religioso.
- Consultora, educadora y administradora de pacientes quirúrgicos geriátricos.

CONCEPTO CLAVE

Existen diferentes oportunidades para que las enfermeras desarrollen nuevos modelos en el cuidado gerontológico..

Esta lista apenas comienza a describir las oportunidades que requieren de enfermeras gerontológicas. Será importante que éstas identifiquen las funciones no tradicionales, se acerquen a ellas de forma creativa, prueben modelos innovadores de práctica y compartan sus éxitos y fracasos con los colegas para ayudarlos en el desarrollo de nuevas funciones. Las enfermeras deben reconocer que sus conocimientos en ciencias biopsicosociales, sus competencias clínicas y sus habilidades para las relaciones humanas les dan una fuerte ventaja competitiva con respecto a otras disciplinas ya que implican una amplia gama de servicios.

PARA REFLEXIONAR

Con base en los cambios en el sistema de atención de la salud y la sociedad en general, ¿qué servicios exclusivos podrían ofrecer las enfermeras gerontológicas en el futuro dentro de su comunidad?

Equilibrar la calidad de la atención y los costes sanitarios

El creciente número de adultos mayores genera mayor demanda de diversos servicios de atención de la salud que nunca. Al mismo tiempo, las compañías aseguradoras intentan controlar los costes frente al constante aumento de servicios. Las altas hospitalarias prematuras, los límites en las visitas domiciliarias, la mayor complejidad de los usuarios de residencias de adultos mayores y el incremento de los desembolsos por servicios por los propios pacientes demuestran algunos de los efectos de los cambios en la política de reembolso. Existe la preocupación de que, como resultado de estos cambios, los pacientes sean dados de alta de modo prematuro de los hospitales y sufran más consecuencias adversas, las instituciones de adultos mayores se enfrenten a los residentes con problemas complejos para los que no están preparadas o para los que no cuentan con el personal adecuado, las familias experimenten tensión por las considerables cargas de cuidados y los pacientes se vean privados de los servicios necesarios.

Tales cambios son desconcertantes y pueden ser causa de que las enfermeras se sientan abrumadas, frustradas o insatisfechas. Por desgracia, es probable que se generen más recortes a los presupuestos. Más que sentirse agobiadas o considerar un cambio de ocupación, las enfermeras deben participar en los esfuerzos de contención de gastos para que se logre el equilibrio entre la calidad de los servicios y las preocupaciones presupuestarias. Los esfuerzos hacia este objetivo incluyen lo siguiente:

- *Probar patrones creativos de asignación de personal.* Tal vez seis enfermeras sean más productivas que tres enfermeras y tres cuidadores sin licencia. O quizás algunos de los altos costes de tiempo no productivo asociados con personal no autorizado se vinculen con prácticas de contratación y supervisión deficientes; las técnicas de manejo mejoradas aumentan la relación coste-eficiencia de estos trabajadores.
- *Usar cuidadores voluntarios.* Los vecinos pueden ayudarse unos a otros, un miembro de la familia puede permanecer en alojamiento conjunto durante las hospitalizaciones y es posible explorar otros métodos para incrementar los recursos disponibles para la prestación de servicios.
- *Eliminar las prácticas innecesarias.* ¿Por qué las enfermeras deben pasar el tiempo administrando a los pacientes medicamentos que ellos mismos se administraban exitosamente antes de su ingreso y que continuarán haciéndolo después del alta, o tomando los signos vitales cada 4 h a aquellos que no han mostrado anomalías, o bañando a todos los pacientes en el mismo horario independientemente del estado de su piel o de su limpieza, o reescribiendo las evaluaciones y los planes de atención en intervalos específicos sin considerar los cambios en la estabilidad de

un paciente? A menudo los reglamentos y las políticas se desarrollan bajo la suposición de que sin ellos nunca se tomarían los signos vitales, no se darían baños y no se completarían otros aspectos de la atención. Tal vez ha llegado el momento de que las enfermeras convenzan agresivamente a otros de que tienen el criterio profesional para determinar las necesidades y la frecuencia de las evaluaciones, la planificación de la atención y la prestación de servicios.

- *Garantizar una atención segura.* La implementación de los esfuerzos para contener los costes debe acompañarse de estudios simultáneos de su impacto sobre las tasas de complicaciones, readmisiones, incidencias, satisfacción de los consumidores y, sobre la rotación, el ausentismo y la moral del personal. Números específicos y casos documentados tienen más peso que las críticas o quejas con respecto a los cuidados.
- *Defender a las personas mayores.* Las prioridades de la sociedad y de las profesiones han cambiado. La historia muestra que en diferentes momentos el centro de atención se establece en los grupos más desfavorecidos, como los niños, las mujeres embarazadas, los enfermos mentales, los discapacitados, los toxicómanos y, en fecha más reciente, los adultos mayores. Puesto que los intereses y las prioridades han virado hacia nuevos grupos, las enfermeras gerontológicas deben asegurarse de que las necesidades de las personas mayores no se olviden o subestimen.

Ya que la enfermería gerontológica está deshaciéndose de la imagen de una especialidad poco desafiante y para las enfermeras menos competentes y está emergiendo plenamente como una especialidad dinámica y multifacética, esta área de la enfermería se encuentra llena de oportunidades y será reconocida como una especialidad para los mejores talentos que la profesión pueda ofrecer. La enfermería gerontológica ha comenzado a mostrar su verdadero potencial.

LLEVANDO LA INVESTIGACIÓN A LA VIDA

CALIDAD DE LA ATENCIÓN GERIÁTRICA PERCIBIDA POR ENFERMERAS EN CENTROS DE ATENCIÓN AGUDA Y A LARGO PLAZO

Barba, B. E., Hu, J., & Efird, J. (2012). Journal of Clinical Nursing, 21(5), 833–840.

Este estudio descriptivo explora las diferencias entre las enfermeras que atienden a pacientes con enfermedades agudas y a largo plazo en cuanto a su satisfacción con la calidad de la atención de los adultos mayores. La muestra autoseleccionada incluyó a 298 enfermeras y auxiliares de enfermería que atien den a minorías marginadas y poblaciones mayores en desventaja en 89 centros de atención a largo plazo y en hospitales de menos de 100 camas en un estado del sur de Estados Unidos. Todos completaron la encuesta de la Geriatric Care Nursing Agency, que consistía en una escala de 13 preguntas que miden la satisfacción de la enfermera con

respecto a la calidad de la atención geriátrica en su entorno de práctica y una escala de 11 elementos que examina los obstáculos a la prestación de atención de calidad.

Se encontraron diferencias importantes entre los dos grupos de enfermeras en relación con el nivel de satisfacción y los obstáculos percibidos para proporcionar una atención de calidad. Las enfermeras de cuidados a largo plazo estaban más satisfechas y percibieron menos obstáculos para brindar atención de calidad que las de hospitales para enfermedades agudas. Las enfermeras de cuidados a largo plazo creyeron que su atención estaba más basada en la evidencia y especializada en la atención a la población geriátrica.

Aunque las enfermeras de cuidados intensivos no se identificaron a sí mismas como enfermeras geriátricas, se dedicaban a la práctica de la enfermería geriátrica debido al gran número de adultos mayores hospitalizados. Tales enfermeras debieron conocer las mejores prácticas para la atención geriátrica. Este estudio demuestra que sin directrices basadas en la evidencia para ayudar a las enfermeras en la atención que promueve la autonomía, la independencia y los servicios de alta calidad, éstas se sienten menos satisfechas con la atención que ofrecen a los pacientes de edad avanzada. Puede ser beneficioso para las enfermeras de cuidados intensivos discutir esta necesi dad con el personal directivo y la educación en sus hospitales, además de apoyar los esfuerzos para salvar las prácticas de enfermería geriátrica basadas en la evidencia en su entorno clínico.

REALIDADES PRÁCTICAS

La enfermera Mayra es una recién graduada de una licenciatura en ciencias de la enfermería que se unió al personal de la unidad de cuidados subagudos del hospital local. La mayoría de las enfermeras del personal está graduada como diplomada y asociada en enfermería, y ha estado fuera de la escuela por más de una década.

Mayra se percata de que algunas de las enfermeras desconocen las mejores prácticas y las tendencias actuales. En conversaciones informales ha constatado que ninguna de las enfermeras está suscrita a revistas profesionales o pertenece a una asociación profesional, y raras veces asistió a programas de formación continua cuando el hospital la envió.

¿Qué puede hacer la enfermera Mayra para ayudar a que sus compañeras entiendan la importancia y participen en la formación continua?

EJERCICIOS DE PENSAMIENTO CRÍTICO

1. Mencionar algunas de las razones de la mala situación de la enfermería gerontológica en el pasado.
2. ¿Por qué el papel de curador de las enfermeras es particularmente significativo para la práctica gerontológica?

3. ¿Qué tema sobre la participación de los mayores se manifiesta en las normas de la ANA para la enfermería gerontológica?
4. Describir varias cuestiones que podrían justificar las actividades de investigación en enfermería gerontológica.
5. Explicar cómo el aumento del uso de prácticas holísticas podría tener un efecto positivo en el precio del servicio y la satisfacción del consumidor.
6. Resumir las funciones que una enfermera gerontológica puede realizar en los roles de:
   (a) evaluador del estado de salud en la preadmisión a la comunidad de asistencia urgente; (b) consejero de salud en una comunidad de jubilados; (c) entrenador de cuidadores; (d) educador de salud antes del retiro laboral, y (e) enfermera de una comunidad religiosa.

RECURSOS

American Holistic Nurses Association
http://www.ahna.org
American Nurses Credentialing Center
http://www.nursecredentialing.org
Hartford Institute for Geriatric Nursing
http://www.hartfordign.org

REFERENCIAS

Agency for Healthcare Research and Quality. (2008). *Evidence-based practice centers*. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality. Retrieved September 20, 2008 from http://www.ahrq.gov

Bishop, L. F. (1904). Relation of old age to disease with illustrative cases. *American Journal of Nursing, 4*(4), 674.

DeWitt, K. (1904). The old nurse. *American Journal of Nursing, 4*(4), 177.

Nightingale, F. (1860). *Notes on nursing: What it is, and what it is not*. New York, NY: D. Appleton and Company.

Nouwen, H. J. M. (1990). *The wounded healer*. New York, NY: Doubleday.

LECTURAS RECOMENDADAS

Las lecturas recomendadas relacionadas con este capítulo pueden encontrarse en el sitio web que acompaña al libro. Visítese **http://thepoint.lww.com/espanol-Eliopoulos8e** para acceder a las lecturas recomendadas y otros recursos adicionales vinculados con este capítulo.

CAPÍTULO 7

Modelo holístico de enfermería gerontológica

RESUMEN DEL CAPÍTULO

Cuidado gerontológico holístico

Valoración holística de las necesidades

Promoción de salud: necesidades relacionadas.

Desafíos de la salud: necesidades relacionadas.

Requisitos para satisfacer las necesidades.

Procesos de cuidados en enfermería gerontológica

Ejemplos de aplicación

Valoración de las necesidades: el caso del Sr. R.

Aplicación del modelo holístico: el caso de la Sra. D.

Sobrevivir a la vejez es un gran logro. Satisfacer necesidades vitales básicas como la obtención de una adecuada nutrición, mantenerse a uno mismo relativamente seguro y conservar las funciones corporales preservadas hasta el momento permite sobrevivir durante este tiempo. Las personas mayores han enfrentado y superado los obstáculos en diversos grados, han hecho frente a las crisis, a las adaptaciones al cambio y al aprendizaje de nuevas habilidades. A lo largo de sus vidas, se han enfrentado a muchas decisiones importantes, como algunas de las siguientes:

OBJETIVOS DE APRENDIZAJE

Después de estudiar este capítulo, el lector será capaz de:

1. Explicar el cuidado gerontológico holístico.
2. Describir las necesidades de los adultos mayores en relación con la promoción de la salud y el manejo de problemas de salud.
3. Enumerar los requerimientos que influyen en la capacidad de las personas mayores para satisfacer sus necesidades de autocuidado.
4. Describir los tipos generales de intervenciones enfermeras que se emplean cuando los adultos mayores presentan deficiencias en su autocuidado.

CONCEPTOS BÁSICOS

Holístico: se refiere a toda la persona: cuerpo, mente y espíritu.

- ¿Dejar su país de nacimiento para recomenzar en otro?
- ¿Permanecer en el negocio familiar o buscar un trabajo en una fábrica local?
- ¿Arriesgar sus vidas para apoyar una causa en la que creen?
- ¿Alentar a sus hijos a luchar en una guerra impopular?
- ¿Invertir todos sus ahorros en el lanzamiento de un negocio propio?
- ¿Permitir que sus hijos continúen su educación mientras trabajan, lo que ayudaría en caso de una dificultad financiera grave?

Con demasiada frecuencia, las enfermeras buscan medios externos para satisfacer las necesidades de las personas mayores en vez de reconocer que ellas tienen considerables recursos internos para su autocuidado y el dominio para utilizar estas fortalezas. Es así como los mayores se convierten en receptores pasivos de atención en lugar de participantes activos. Esto parece poco razonable ya que casi todos los adultos mayores han tenido que cuidar de sí mismos y de los demás durante toda una vida, han tenido que tomar sus propias decisiones y resolver la mayoría de los problemas al mismo tiempo. Pueden llegar a sentirse disgustados o deprimidos al ser obligados por los demás a renunciar a sus funciones en la toma de decisiones. Es posible que desarrollen innecesariamente sentimientos de dependencia, inutilidad e impotencia. Las enfermeras gerontológicas deben reconocer y movilizar las fuerzas y capacidades de las personas mayores para que puedan participar de manera activa y responsable, en vez de ser objetos de cuidado. Aprovechar los recursos en su propio cuidado promueve la normalidad, la independencia y la individualidad; ayuda a minimizar los riesgos de problemas secundarios relacionados con las reacciones de los mayores a un papel innecesariamente impuesto de persona dependiente; y honra su sabiduría, experiencia y capacidades.

CONCEPTO CLAVE

Las personas mayores han tenido que ser fuertes e ingeniosas para navegar por las aguas turbulentas de la vida. Las enfermeras no deben pasar por alto estas fortalezas en la planificación de su atención.

CUIDADO GERONTOLÓGICO HOLÍSTICO

El holismo se refiere a la integración de las dimensiones biológica, psicológica, social y espiritual de un individuo en la que la sinergia crea algo mayor que la suma de sus partes; dentro de este marco, la curación integral de la persona es el objetivo de la enfermería (Dossey y Keegan, 2009). La atención gerontológica holística incorpora los conocimientos y habilidades de varias disciplinas para abordar la salud física, mental, social y espiritual de los individuos. La atención gerontológica integral se ocupa de:

- Facilitar el crecimiento hacia la plenitud.
- Promover la recuperación y el aprendizaje de una enfermedad.
- Maximizar la calidad de vida cuando se tiene una enfermedad incurable o una discapacidad.
- Proveer paz, comodidad y dignidad cuando la muerte se aproxima.

El objetivo de la atención integral no es tratar enfermedades sino atender las necesidades de la persona en su totalidad mediante la curación del cuerpo, la mente y el espíritu.

CONCEPTO CLAVE

Las enfermeras gerontológicas ayudan a las personas mayores a lograr un sentido de totalidad guiándolos en la comprensión y búsqueda de significado y propósito en la vida; facilitando la armonía de la mente, el cuerpo y el espíritu; movilizando sus recursos internos y externos; y promoviendo conductas de autocuidado.

La promoción de la salud y la curación a través del equilibrio entre el cuerpo, la mente y el espíritu de las personas es el núcleo de la atención integral y tiene particular importancia para la atención gerontológica. El impacto de los cambios relacionados con la edad y los efectos de las enfermedades crónicas de alta prevalencia pueden amenazar el bienestar del cuerpo, la mente y el espíritu; por lo tanto, son esenciales las intervenciones enfermeras encaminadas a reducir esas amenazas. Ya que las enfermedades crónicas y los efectos de la edad avanzada no pueden eliminarse, la sanación integral en vez de los esfuerzos curativos será más beneficiosa en la práctica enfermera en este ámbito. Igualmente significativo es acompañar a los mayores hacia el autodescubrimiento en la fase final de su vida para que encuentren el sentido, la conexión con los demás y la comprensión de su lugar en el universo.

VALORACIÓN HOLÍSTICA DE LAS NECESIDADES

Hay muchas herramientas de valoración basadas en la evidencia que pueden ser útiles a los enfermeros gerontológicos. Uno de los listados más completos de estas herramientas puede encontrarse en el Hartford Institute for Geriatric Nursing (v. Recursos); incluye recursos para la evaluación de las actividades de la vida diaria vida, la audición, el sueño, la sexualidad, el maltrato de personas mayores, la demencia, el riesgo de ingreso hospitalario y otros temas. Estas herramientas pueden utilizarse para complementar la evaluación integral, que tiene un enfoque ligeramente distinto. La valoración holística identifica las necesidades del paciente en relación con la promoción de la salud y los problemas sanitarios, además de los requerimientos de las personas mayores para satisfacer estas necesidades.

Promoción de la salud: necesidades relacionadas

Aunque el concepto de salud parece simple, en realidad es bastante complejo. El concepto de salud como la ausencia de enfermedad es tan poco claro como la definición de frío como la ausencia de calor y precisa de una visión más amplia, positiva y comprensible. En lo que respecta a las personas de edad avanzada, muchas de las cuales viven con enfermedades crónicas, esta definición relegaría a la mayor parte a las filas de los no saludables.

Cuando se les pregunta cómo describiría los factores que contribuyen a la salud, la mayoría de las personas probablemente daría una lista de las necesidades básicas de soporte vital como respirar, comer, eliminar, descansar, estar activo y protegerse de los riesgos. Éstas son esenciales para mantener el equilibrio fisiológico que sustenta la vida. Sin embargo, la realidad es que se pueden tener las necesidades fisiológicas satisfechas y aun así no sentirse bien, lo que demuestra que el equilibrio fisiológico es sólo un componente de la salud en general. La conexión con nosotros mismos, con los demás, con un poder superior y con la naturaleza son factores importantes que influyen en la salud. La satisfacción de las necesidades fisiológicas y la sensación de estar conectado promueven el bienestar del cuerpo, la mente y el espíritu, lo que permite experimentar la satisfacción a través de la consecución de objetivos, placer y dignidad. Este modelo holístico demuestra que la salud óptima incluye aquellas actividades que no sólo permiten existir sino que también ayudan a conseguir vidas prósperas y eficaces (fig. 7-1).

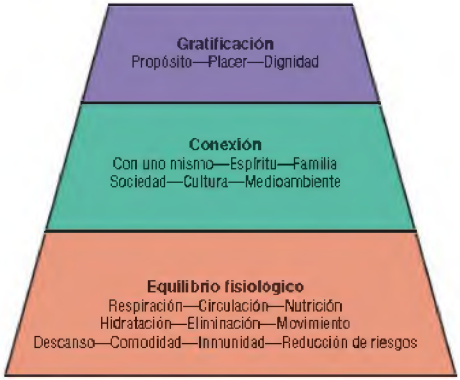


FIGURA 7-1 ■ Promoción de la salud: necesidades relacionadas..

PARA REFLEXIONAR

¿Qué significa para usted estar sano y completo?

Una mejor definición de salud incluye la consideración de la raíz etimológica de la palabra salud: conjunto. Con esta base, la salud se entiende como *un estado de plenitud... la integración del cuerpo, la mente y el espíritu para lograr la mayor calidad de vida posible cada día* (fig. 7-2). Para algunas personas esto puede significar ejercitarse en el gimnasio, participar en un trabajo difícil y tener una relación personal con Dios; para otros, tal vez represente impulsarse a sí mismo en una silla de ruedas a un lugar, disfrutando de la belleza de la naturaleza y la conexión con la energía universal.

Los conceptos de salud no sólo difieren de un indivi duo a otro, sino también dentro de un mismo individuo de una época a otra. Las prioridades de salud y las expectativas de una persona de 70 años de edad no se parecen a lo que eran cuando tenía la mitad de esa edad. Las influencias culturales y religiosas también pueden afectar el concepto de salud.

La salud óptima de los adultos mayores se basa en el grado en que se cumplen las necesidades para el equilibrio fisiológico, los vínculos y la satisfacción con la vida. Existe el riesgo de que en un ámbito clínico muy saturado, las necesidades menos tangibles de satisfacción y conexión puedan pasarse por alto; como defensoras de los mayores, las enfermeras gerontológicas deben asegurar que se proporcione esa atención integral sin omitir estas importantes necesidades.

FIGURA 7-2 ■ En lugar de limitarse a la ausencia de enfermedad, la salud implica plenitud y armonía del cuerpo, la mente y el espíritu.

Desafíos de salud: necesidades relacionadas

La triste realidad es que la mayoría de los individuos de edad avanzada vive con por lo menos un padecimiento crónico que desafía su estado de salud. De hecho, el mayor compromiso que las enfermeras suelen tener con ellos consiste en ayudarles con las exigencias impuestas por sus problemas de salud. Los mayores con enfermedades agudas o crónicas tienen las mismas necesidades básicas y de promoción de la salud que los individuos sanos (es decir, equilibrio fisiológico, conexión y satisfacción vital); sin embargo, sus circunstancias quizá creen nuevas necesidades como:

- *Educación:* conforme los individuos se enfrentan a un nuevo diagnóstico, tienen que comprender la enfermedad y sus cuidados.
- *Consejo:* una alteración de la salud puede accionar una variedad de sentimientos e imponer ajustes al estilo de vida.
- *Entrenamiento:* así como los atletas y músicos requieren los conocimientos de un profesional que pueda sacar lo mejor de ellos, los pacientes también pueden beneficiarse de los esfuerzos para mejorar el cumplimiento de sus tratamientos y su motivación.
- *Vigilancia:* la complejidad de la atención sanitaria y la situación cambiante de las personas que envejecen demandan la supervisión de una enfermera que dé seguimiento al progreso del paciente y sus necesidades.
- *Coordinación:* los mayores con un problema de salud suelen visitar a diversos

profesionales sanitarios, por lo que a menudo necesitan ayuda para programar las citas, seguir múltiples instrucciones, mantener a todos los miembros del equipo informados y prevenir reacciones adversas entre los tratamientos.

- *Terapias:* a menudo los problemas de salud se acompañan de la necesidad de medicamentos, ejercicios, dietas especiales y procedimientos. Estas terapias pueden incluir manejos convencionales que suelen utilizarse en la práctica general o procedimientos complementarios, como la biorretroalimentación, los remedios a base de hierbas, la acupuntura y el yoga. Los pacientes pueden necesitar asistencia parcial o total en la implementación de estos tratamientos.

Requisitos para satisfacer las necesidades

Tan sencillos y claros como pudieran parecer la promoción de la salud y los retos sanitarios, las necesidades se satisfacen con diversos grados de éxito porque dependen de varios factores inespecíficos de cada paciente. Las enfermeras evalúan las necesidades de los mayores a fin de satisfacerlas y determinar las áreas en las que han de intervenir.

Capacidades físicas, mentales y socioeconómicas

Un individuo se apoya en varios factores para satisfacer incluso las exigencias más básicas de la vida. Por ejemplo, para cumplir normalmente con las necesi dades nutricionales, una persona debe tener la posibilidad de experimentar la sensación de hambre; la adecuada cognición para seleccionar, preparar y consumir los alimentos; un buen estado dental para masticar la comida; un sistema digestivo funcional para utilizar los alimentos ingeridos; la energía para hacer las compras y preparar la comida; y el dinero para comprar las materias primas. Las deficiencias en cualquiera de estas áreas pueden generar riesgos para el estado nutricional. Se plantean diversas intervenciones enfermeras con objeto de reducir o eliminar las deficiencias físicas, mentales y socioeconómicas.

Conocimiento, experiencia y habilidades

Existen circunstancias en las que los conocimientos, la experiencia o las habilidades necesarias para una actividad de autocuidado determinada son insuficientes o inexistentes. Un individuo con una gran cantidad de habilidades sociales es capaz de llevar una vida normal y activa que incluya la amistad y otras relaciones sociales. Las personas que conocen los peligros del consumo de cigarrillos serán más capaces de protegerse de los riesgos de salud que se asocian con este hábito. Sin embargo, es posible que un hombre mayor viudo no sea capaz de cocinar y proveerse una dieta adecuada después de que siempre dependió de su esposa para la preparación de alimentos. Del mismo modo, la persona que tiene diabetes y no puede inyectarse la insulina necesaria tal vez no sea capaz de cumplir con la necesidad terapéutica de su administración. Se plantean consideraciones enfermeras específicas para mejorar las capacidades para el autocuidado en otros capítulos.

El deseo y la decisión de actuar

El valor que una persona ve en la realización de una acción, así como el

autoconocimiento, las actitudes, las creencias y el grado de motivación, influye en el deseo y la decisión de actuar. Se presentan limitaciones cuando una persona carece de deseo o decide no actuar. Si no está interesada en preparar y consumir alimentos debido al aislamiento social y la soledad, puede desarrollar una deficiencia dietética. La falta de deseo para tomar la decisión de abandonar el consumo de patatas fritas y derivados de carne de cerdo en la dieta de un individuo hipertenso, debido a una actitud de que no vale la pena el esfuerzo, puede crear una amenaza real para su salud. Es posible que la persona que no está informada de la importancia de la actividad física no se dé cuenta de la necesidad de salir de la cama durante una enfermedad y por lo tanto tal vez desarrolle complicaciones. El individuo moribundo que ve la muerte como un proceso natural puede decidir en contra de la intervención médica para mantener la vida y quizá no cumpla con los tratamientos prescritos.

Los valores, las actitudes y las creencias están profundamente establecidos y no se modifican con facilidad. Aunque la enfermera debe respetar el derecho de los individuos a tomar decisiones que afectan sus vidas, si las limitaciones restringen su capacidad para satisfacer las demandas de autocuidado, puede ayudarle explicando el beneficio de una acción en particular, proporcionándole información y motivándole. En algunas circunstancias, como con una persona emocional o mentalmente enferma o incompetente, es posible que los deseos y decisiones deban ser reemplazados por juicios profesionales.

CONCEPTO CLAVE

Es factible que existan diferentes razones para que los mayores tengan deficiencias en el cumplimiento de necesidades similares. Esto desafía a la enfermera gerontológica a explorar las dinámicas individuales y a veces sutiles de la vida de cada persona mayor.

PROCESOS DE CUIDADOS EN ENFERMERÍA GERONTOLÓGICA

El proceso de valoración considera la eficacia de los pacientes en la satisfacción de las necesidades relacionadas con la promoción de la salud y los problemas de salud. Si el individuo tiene éxito en el cumplimiento de las necesidades, no precisa la intervención enfermera, excepto para reforzar las capacidades para el autocuidado. Sin embargo, cuando la persona de edad avanzada no tiene lo necesario para satisfacer las necesidades de forma independiente, necesita intervenciones enfermeras. Las intervenciones enfermeras están dirigidas a empoderar a la persona mayor mediante el fortalecimiento de sus capacidades para el autocuidado, eliminando o minimizando sus limitaciones y actuando de forma directa, para hacer por o ayudar al individuo cuando no pueda hacerlo de modo independiente (fig. 7-3). Los elementos de valoración relativos a los sistemas y las áreas específicas de la función se encuentran en los capítulos relacionados en este libro.

EJEMPLOS DE APLICACIÓN

Los cuidados de enfermería para las personas mayores a menudo se asocian con la ejecución de intervenciones cuando existen problemas de salud. Cuando las personas se enfrentan a situaciones de enfermedad con frecuencia surgen nuevas necesidades, como la administración de medicamentos, la observación de síntomas específicos y la realización de tratamientos especiales; ocasionalmente estas necesidades superan y pueden afectar la promoción de una vida saludable. En la atención geriátrica, debe vigilarse la valoración del impacto de los problemas de salud en la capacidad para el autocuidado y la identificación de las intervenciones enfermeras apropiadas para garantizar que se cumplan de manera adecuada tanto la promoción de una vida saludable como el manejo de problemas específicos. Durante la valoración, la enfermera identifica las necesidades concretas que los problemas de salud presentes generan y los requisitos (p. ej., capacidad física, conocimiento y deseo) que deben cumplirse para fortalecer la capacidad para el autocuidado.

Es importante que las intervenciones incluyan aquellas actividades que pueden potenciar a la persona mayor en el logro del máximo nivel de autocuidado respecto a la resolución de los desafíos relacionados con su salud. La figura 7-3 muestra cómo el modelo holístico de autocuidado es funcional en la práctica enfermera geriátrica. Los casos que siguen demuestran la aplicación de este modelo.

CONCEPTO CLAVE

Puede ser necesario un mayor esfuerzo para enseñar y entrenar a una persona mayor a fin de que realice una tarea de autocuidado de forma independiente y es posible que le requiera más tiempo de lo que sería necesario si lo hiciera el cuidador; sin embargo, los beneficios de independencia que obtiene en su cuerpo, mente y espíritu valen la pena.

Valoración de las necesidades: el caso del Sr. R.

El Sr. R., que ha vivido con diabetes durante mucho tiempo, se administra la insulina a diario y sigue una dieta para diabéticos. Debido a un problema urológico reciente, es posible que ahora tenga que tomar antibióticos todos los días y llevar a cabo autosondaje intermitente. Durante la valoración, la enfermera identifica estas necesidades impuestas por la enfermedad.

Después de la valoración primaria se evidenció la presencia de necesidades relacionadas con los problemas de salud, por lo que la enfermera evaluará el nivel de cumplimiento de estas necesidades.

La enfermera concluye que el Sr. R., realiza el autosondaje de acuerdo con el procedimiento y que está tomando sus antibióticos según las indicaciones, pero no se ha adherido a su dieta para diabéticos y altera su dosis de insulina según «cómo se siente ese día».

El siguiente nivel de valoración debe averiguar las razones de la deficiencia en el cumplimiento de las necesidades derivadas de los problemas de salud.

El Sr. R., conoce la dieta para diabéticos y quiere cumplirla; sin embargo, como siempre dependió de su esposa para preparar la comida, ahora que ésta falleció tiene dificultades para cocinar comidas nutritivas de forma independiente. Él niega

haber sido informado de la necesidad de dosis regulares de insulina y que ha contado con los consejos de su cuñado, que también es diabético, quien le dijo que «se administrara una dosis extra de insulina cuando comiera muchos dulces».

Las acciones específicas dirigidas al plan de cuidados enfermeros podrán desarrollarse una vez que se identifican las deficiencias en habilidades y conocimientos ante las dificultades del paciente frente a los retos correspondientes a su estado de salud.

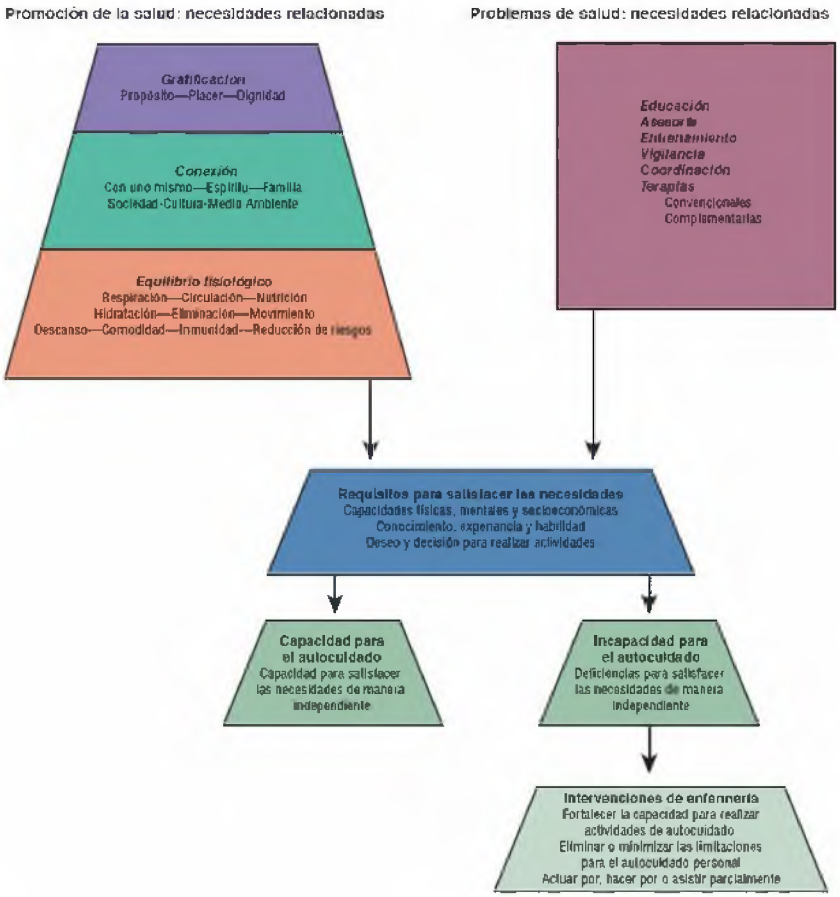


FIGURA 7-3 ■ Si la enfermera identifica deficiencias para tomar medidas de autocuidado a fin de satisfacer las necesidades relacionadas con la promoción de la salud y la resolución de problemas derivados de la enfermedad, debe planificar intervenciones enfermeras.

Aplicación del modelo holístico: el caso de la Sra. D.

Este caso muestra cómo el modelo puede funcionar.

La Sra. D., de 78 años, fue ingresada en un servicio hospitalario para enfermedades agudas debido a problemas derivados de una fractura del cuello del fémur, desnutrición y la necesidad de un estilo de vida diferente. La observación inicial reveló a una mujer de estructura pequeña y aspecto frágil, con signos evidentes de desnutrición y deshidratación. Estaba bien orientada en cuanto a persona, lugar y tiempo, y fue capaz de conversar y responder preguntas con coherencia. Aunque su memoria para hechos recientes era deficiente, rara vez olvidó informar a cualquier persona que se interesara que no le gustaba ni quería estar en el hospital. Su anterior y única hospitalización fue hace 55 años.

La Sra. D., había vivido con su esposo y una hermana soltera durante más de 50 años, hasta que murió su esposo. Cinco años después, dependía en gran medida de su hermana como apoyo y orientación emocionales. Entonces su hermana murió, lo que provocó sentimientos de ansiedad, inseguridad, soledad y depresión. Desde la muerte de su hermana, la señora D., vive sola y cuida una casa de seis habitaciones con la única asistencia de un vecino que hace las compras para la Sra. D., y en ocasiones le proporciona transporte.

El día de su ingreso en el hospital, la Sra. D., se cayó en su cocina debido a la debilidad y a su estado de desnutrición. Al descubrirla horas más tarde, su vecino llamó a una ambulancia para trasaldarla al hospital. Una vez establecido el diagnóstico de fractura de fémur, se planificó la cirugía de reducción de la fractura, la corrección de su estado de desnutrición y la búsqueda de un nuevo alojamiento porque su casa exige más energía y atención de la que ella es capaz de proporcionar.

El Plan de cuidados enfermeros 7-1 ilustra cuáles son las necesidades holísticas de la Sra. D., y cómo se dirigen las intervenciones enfermeras en relación con dichas necesidades.

PLAN DE CUIDADOS ENFERMEROS 7-1

CUIDADO HOLÍSTICO DE LA SRA. D.

NECESIDADES: respiración y circulación.

Diagnósticos de enfermería: (1) alteraciones de la movilidad física secundarias a la fractura; (2) deterioro del intercambio de gases en relación con la inmovilidad.

Objetivos: el paciente muestra signos de respiración adecuada, está libre de dificultad respiratoria e infección, y no presenta signos de mala circulación.

Intervenciones enfermeras	Tipo de intervención
Mantener una respiración normal	
■ Prevenir la obstrucción de las vías respiratorias o cualquier otra interferencia con la respiración normal	Asistencia parcial
■ Observar y detectar de forma temprana problemas respiratorios	Asistencia parcial
Promover ejercicios activos y pasivos	
■ Enseñar y ayudar a la movilización, la tos y la realización de ejercicios de respiración profunda	Fortalecer la capacidad para el autocuidado
■ Fomentar los ejercicios activos, como el uso de espirómetros de incentivo y la respiración profunda	Fortalecer la capacidad para el autocuidado
■ Realizar ejercicios de movimiento pasivo	Hacer por
Evitar interferencias externas para la respiración	
■ Procurar una buena ventilación de la habitación	Hacer por
■ Evitar prendas, ropa de cama o equipo restrictivos	Hacer por
■ Colocar al paciente de una manera óptima para la respiración	Asistencia parcial
■ Prevenir situaciones que producen ansiedad, como retrasos en responder las llamadas	Hacer por

NECESIDADES: nutrición e hidratación.

Diagnóstico de enfermería: nutrición desequilibrada: inferior a los requerimientos corporales, relacionada con depresión y soledad.

Objetivos: el paciente consume al menos 1 500 ml de líquido y 1 800 calorías de nutrientes al día; incrementa su peso a 56 kg.

Intervenciones enfermeras	Tipo de intervención
Fomentar el apetito	
■ Planificar la dieta de acuerdo con las preferencias del paciente, equilibrada con los requerimientos terapéuticos	Asistencia parcial
■ Proporcionar un ambiente tranquilo y agradable que permita la socialización con los demás	Hacer por
■ Estimular el apetito a través de la apariencia y el sazón de los alimentos	Minimizar las limitaciones para el autocuidado
Planificar los alimentos	
■ Leer el menú seleccionado al paciente	Asistencia parcial
■ Guiar la elección de alimentos con alto contenido de proteínas, hidratos de carbono y ricos en vitaminas y minerales	Minimizar las limitaciones para el autocuidado
■ Conocer las preferencias alimentarias e incluirlas en las selecciones de menú	Hacer por
Ayudar a la alimentación	
■ Conservar la energía y promover una adecuada ingesta mediante la preparación de la bandeja de alimentos, el fortalecimiento de la capacidad para el autocuidado y el fomento de los períodos de descanso y alimentación cuando sea necesario	Fortalecer la capacidad para el autocuidado, hacer por y asistencia parcial
Prevenir complicaciones	
■ No dejar soluciones, medicamentos o agentes nocivos en lugares donde pueden ser ingeridos por error (sobre todo cuando la valoración indica limitaciones visuales)	Hacer por
■ Comprobar la temperatura de alimentos y bebidas para evitar quemaduras (en especial cuando la valoración indica disminución de la sensibilidad cutánea)	Hacer por
■ Ayudar en la selección de alimentos que conduzcan a la consolidación ósea y la corrección de la desnutrición	Asistencia parcial
■ Observar la ingesta y eliminación de líquidos para la detección temprana de desequilibrios	Minimizar las limitaciones para el autocuidado
■ Valorar el estado general de salud con frecuencia para detectar nuevos problemas o mejoras en el pronóstico del estado nutricional (p. ej., cambios de peso, turgencia de la piel, estado mental y fuerza)	Actuar por y minimizar las limitaciones para el autocuidado

NECESIDAD: eliminación.

Diagnósticos de enfermería: (1) estreñimiento relacionado con inmovilidad; (2) riesgo de infección relacionado con desnutrición e interferencias para ir al baño de forma normal.

Objetivos: el paciente se encuentra libre de infecciones; establece un horario regular para las deposiciones; no experimenta estreñimiento; se mantiene limpio y libre de olores.

Intervenciones enfermeras	Tipo de intervención
Promover una adecuada eliminación intestinal y vesical	
■ Guiar en la selección de una dieta rica en fibra y líquidos	Asistencia parcial
■ Observar y registrar los patrones de eliminación	Actuar por y minimizar las limitaciones para el autocuidado
■ Ayudar con ejercicios para promover el peristaltismo y la micción	Asistencia parcial
■ Programar períodos regulares para la eliminación intestinal	Actuar por
■ Ayudar en el cuidado higiénico de las diferentes zonas corporales	Asistencia parcial
■ Proporcionar privacidad cuando utiliza orinal	Actuar por y minimizar las limitaciones para el autocuidado
Desarrollar hábitos higiénicos adecuados	
■ Enseñar la importancia y el método de limpieza de la región perineal después de la eliminación	Fortalecer la capacidad para el autocuidado
Prevenir el aislamiento social	
■ Prevenir, detectar y corregir los olores corporales	Hacer por y minimizar las limitaciones para el autocuidado

NECESIDAD: movimiento.

Diagnósticos de enfermería: (1) intolerancia a la actividad relacionada con desnutrición y fracturas; (2) deterioro de la movilidad física derivado de la fractura

Objetivos: el paciente mantiene/logra el rango suficiente de movimiento de las articulaciones para realizar actividades de la vida diaria (AVD); está exento de complicaciones secundarias a la inmovilidad

Intervenciones enfermeras	Tipo de intervención
Adaptar el ritmo de las actividades hospitalarias al ritmo del paciente	
■ Espaciar procedimientos y otras actividades	Actuar por
■ Permitir más tiempo para las actividades de autocuidado	Fortalecer la capacidad para el autocuidado

Promover el mantenimiento de la energía	
■ Promover la seguridad y la relajación a través de la evitación de cambios frecuentes del personal	Actuar por
■ Prevenir las complicaciones asociadas con la inmovilidad (p. ej., úlceras por decúbito, estreñimiento, cálculos renales, contracturas, neumonía hipostática, trombos, edema y letargo)	Minimizar las limitaciones para el autocuidado
■ Fomentar los cambios frecuente de posición	Minimizar las limitaciones para el autocuidado
■ Motivar y recompensar la actividad	Fortalecer la capacidad para el autocuidado
■ Enseñar ejercicios sencillos para prevenir las complicaciones y mejorar la habilidad motriz	Fortalecer la capacidad para el autocuidado
■ Planificar actividades para aumentar progresivamente la independencia	Actuar por y fortalecer la capacidad para el autocuidado

NECESIDAD: descanso.

Diagnóstico de enfermería: alteraciones del sueño relacionadas con el medioambiente hospitalario y las limitaciones del movimiento secundarias a fracturas.

Objetivos: el paciente obtiene suficiente sueño para estar libre de fatiga; aprende medidas para facilitar el sueño y el descanso.

Intervenciones enfermeras	Tipo de intervención
Controlar los estímulos externos	
■ Programar periodos de descanso entre los procedimientos	Actuar por
■ Educar en la relajación progresiva	Fortalecer la capacidad para el autocuidado

NECESIDAD: comodidad.

Diagnóstico de enfermería: dolor agudo relacionado con fracturas.

Objetivos: el paciente se encuentra libre de dolor; es capaz de participar en las actividades de la vida diaria (AVD) sin las limitaciones derivadas del dolor.

Intervenciones enfermeras	Tipo de intervención
■ Vigilar signos de dolor	Minimizar las limitaciones para el autocuidado
■ Ayudar en los cambios de posición y los ejercicios para disminuir el dolor	Fortalecer la capacidad para el autocuidado
■ Planificar la administración de analgésicos con el equipo médico	Minimizar las limitaciones para el autocuidado

NECESIDAD: inmunidad

Diagnósticos de enfermería: (1) ineficiencia para mantener el estado de salud; (2) riesgo de infección.

Objetivos: el paciente está libre de infecciones.

Intervenciones enfermeras	Tipo de intervención
■ Fomentar la alimentación y la toma de líquidos	Fortalecer la capacidad para el autocuidado
■ Enseñar al paciente a incluir alimentos con efectos positivos en el sistema inmunitario, como leche, yogurt, queso bajo en grasa o sin ella, huevos, frutas y verduras frescas, y ajo	Fortalecer la capacidad para el autocuidado
■ Instruir y ayudar a realizar ejercicios que incrementan la inmunidad como el yoga y el tai chi	Fortalecer la capacidad para el autocuidado
■ Revisar el historial de vacunación y organizar las vacunas según sea necesario	Fortalecer la capacidad para el autocuidado
■ Instruir con respecto a las técnicas para el manejo del estrés	Fortalecer la capacidad para el autocuidado

NECESIDAD: reducción de los riesgos.

Diagnósticos de enfermería: (1) alteraciones de la percepción sensorial (visual, auditiva, olfativa y táctil) en relación con la edad avanzada; (2) riesgo de lesión relacionado con deficiencias sensoriales; (3) riesgo de alteraciones de la integridad de la piel secundario a inmovilidad, desnutrición y disminución de las sensaciones; (4) deterioro en el mantenimiento del hogar derivado de alteración del estado de salud o convalecencia.

Objetivos: el paciente está libre de lesiones; mantiene la integridad de la piel; usa de modo efectivo y correcto dispositivos de asistencia, lentes y apoyos auditivos (según estén prescritos) para compensar las deficiencias sensoriales; realiza modificaciones seguras y aceptables al estilo de vida después del alta.

Intervenciones enfermeras	Tipo de intervención
Compensar el deterioro visual	
■ Leer al paciente	Hacer por y minimizar las limitaciones para el autocuidado
■ Escribir la información y etiquetar con letras grandes y códigos de color cuando sea posible	Minimizar las limitaciones para el autocuidado
■ Eliminar los obstáculos que podrían causar accidentes, como objetos extraños en la cama, el desorden en el suelo y los líquidos que podrían confundirse con agua	Minimizar las limitaciones para el autocuidado y actuar por
■ Comunicar este problema a otros miembros del equipo	Actuar por
■ Solicitar interconsulta con oftalmología	Actuar por
Compensar la deficiencia olfativa	
■ Prevenir y corregir los olores resultantes de las malas prácticas de higiene	Asistencia parcial y minimizar las limitaciones para el autocuidado
■ Detectar los olores inusuales de manera temprana (pueden ser un síntoma de infección)	Actuar por
Compensar las pérdidas auditivas	
■ Hablar con claridad y en voz alta frente a la persona	Minimizar las limitaciones para el autocuidado
■ Utilizar técnicas de retroalimentación para verificar que la persona ha escuchado y entendido	Minimizar las limitaciones para el autocuidado
■ Solicitar una valoración al especialista en oídos, nariz y garganta	Actuar por
Mantener la piel en buenas condiciones	
■ Inspeccionar en busca de erupciones, áreas enrojecidas y llagas	Hacer por
■ Ayudar en las prácticas de higiene	Asistencia parcial
■ Dar masajes en la espalda, cambiar la posición de la persona con frecuencia y mantener su piel suave y seca	Hacer por, asistencia parcial y minimizar las limitaciones para el autocuidado
Prevención de caídas	
■ Apoyar a la persona durante su transporte o la deambulación	Asistencia parcial
■ Enseñar y alentar los ejercicios para ayudar a mantener el tono muscular	Fortalecer la capacidad para el autocuidado
■ Mantener altas las barandillas de la cama y apoyar a la persona en silla de ruedas	Hacer por
■ Proporcionar períodos de descanso entre las actividades	Fortalecer la capacidad para el autocuidado y minimizar las limitaciones para el autocuidado
■ Colocar los objetos que se usan con frecuencia a poca distancia	Asistencia parcial
Mantener la alineación corporal correcta	
■ Usar bolsas de arena, rollos para trocánteres y almohadas	Minimizar las limitaciones para el autocuidado y asistencia parcial
■ Apoyar las extremidades afectadas de la persona cuando se levanta o mueve	Asistencia parcial y minimizar las limitaciones para el autocuidado
Buscar pólizas de vida o seguros en preparación del alta	
■ Evaluar las preferencias, capacidades y limitaciones del paciente para sugerir las disposiciones apropiadas	Actuar por y asistencia parcial
■ Solicitar una valoración por trabajo social	Actuar por

NECESIDAD: conexión

Diagnósticos de enfermería: (1) sufrimiento espiritual, desesperanza y falta de poder relacionados con la hospitalización, el estado de salud y cambios el estilo de vida; (2) alteraciones de la interacción secundarias a la hospitalización y el estado de salud.

Objetivos: el paciente expresa su satisfacción por la cantidad de interacción social; identifica los medios para satisfacer las necesidades espirituales; se mantiene libre de signos de sufrimiento emocional.

Intervenciones enfermeras	Tipo de intervención
Controlar los estímulos ambientales	
■ Programar las actividades de autocuidado	Actuar por
■ Mantener un programa diario de actividades	Fortalecer la capacidad para el autocuidado
■ Conseguir un compañero de piso con intereses y antecedentes similares	Actuar por y fortalecer la capacidad para el autocuidado
Promover interacciones sociales significativas	
■ Enseñar a los demás a hablar con claridad y lo suficientemente fuerte mientras están frente a la persona	Fortalecer la capacidad para el autocuidado
■ Planificar actividades significativas	Fortalecer la capacidad para el autocuidado
■ Promover y mantener la orientación continua	Fortalecer la capacidad para el autocuidado y minimizar las limitaciones para el autocuidado
■ Mostrar interés en las interacciones sociales de la persona y fomentar su continuidad	Fortalecer la capacidad para el autocuidado
■ Establecer contactos con agencias de la comunidad para desarrollar relaciones que puedan mantenerse después del alta	Actuar por y minimizar las limitaciones para el autocuidado
■ Ayudar en el aseo y la vestimenta	Asistencia parcial y minimizar las limitaciones para el autocuidado
■ Aprender acerca de la espiritualidad y las creencias religiosas del paciente e incorporar esto en la atención	Fortalecer la capacidad para el autocuidado
■ Hacer arreglos para la consejería pastoral/espiritual	Actuar por y fortalecer la capacidad para el autocuidado
■ Fomentar la expresión de los sentimientos relacionados con el estado de salud y los cambios de vida	Fortalecer la capacidad para el autocuidado
■ Facilitar oportunidades para rezar	Fortalecer la capacidad para el autocuidado

NECESIDAD: gratificación

Diagnósticos de enfermería: (1) ansiedad, miedo, desesperanza e impotencia derivados de la hospitalización y el estado de salud; (2) interacción social en relación con la hospitalización; (3) baja autoestima crónica secundaria a los problemas de salud y la situación actual de la vida

Objetivos: el paciente muestra un nivel de actividad física similar al que tenía antes de las lesiones; lleva a cabo actividades de autocuidado con un grado máximo de independencia; expresa su satisfacción por el grado de soledad; y se mantiene libre de signos de sufrimiento emocional

Intervenciones enfermeras	Tipo de intervención
■ Controlar los estímulos ambientales	Actuar por
■ Respetar la privacidad	Fortalecer la capacidad para el autocuidado

Proporcionar oportunidades para la soledad	
■ Proporcionar varios períodos planificados de antemano durante el día en los que la persona puede estar sola	Actuar por y fortalecer la capacidad para el autocuidado
■ Proveer privacidad echando las cortinas alrededor de la cama y haciendo uso de instalaciones como las capillas	Minimizar las limitaciones para el autocuidado
Mejorar las limitaciones físicas en la medida de lo posible	
■ Ayudar en el entrenamiento para la deambulación	Asistencia parcial y fortalecer la capacidad para el autocuidado
■ Ejercitar las partes del cuerpo para mantener la función	Asistencia parcial y minimizar las limitaciones para el autocuidado
■ Animar al paciente a consumir una dieta adecuada	Fortalecer la capacidad para el autocuidado
■ Remitir al paciente a un examen audiométrico para explorar la utilidad de un auxiliar auditivo	Actuar por y minimizar las limitaciones para el autocuidado
■ Solicitar interconsulta al servicio de oftalmología para explorar la utilidad de lentes correctores	Actuar por y minimizar las limitaciones para el autocuidado
Mantener los componentes familiares del estilo de vida	
■ Adaptar la rutina hospitalaria a la rutina de la casa de la persona tanto como sea posible	Actuar por y minimizar las limitaciones para el autocuidado
■ Animar a la persona a usar su propia ropa.	Minimizar las limitaciones para el autocuidado
■ Proporcionar al paciente objetos personales de su casa, almohadas, mantas, fotografías y tazas de té	Minimizar las limitaciones para el autocuidado
■ Proporcionar actividades de ocio a las que la persona está acostumbrada	Minimizar las limitaciones y fortalecer la capacidad para el autocuidado
Promover la participación activa	
■ Proporcionar al paciente la oportunidad de tomar sus propias decisiones siempre que sea posible	Fortalecer la capacidad para el autocuidado
■ Involucrar a la persona en sus cuidados	Fortalecer la capacidad para el autocuidado
■ Estimular y motivar la comunicación	Fortalecer la capacidad para el autocuidado

LLEVANDO LA INVESTIGACIÓN A LA VIDA

PERSPECTIVAS DE LA PRÁCTICA AVANZADA DE ENFERMERÍA SOBRE EL USO DE LAS ESTRATEGIAS DE OPTIMIZACIÓN DE LA SALUD PARA EL MANEJO DE ENFERMEDADES CRÓNICAS ENTRE ADULTOS MAYORES EN DIFERENTES CENTROS: PRESIONAR LOS LÍMITES DE LOS PROGRAMAS DE MANEJO POR EL MISMO PACIENTE

Dickerson, J. B., Smith, M. L., Dowdy, D. M., McKinley, A., Ahn, S., & Ory, M. G. (2011). Geriatric Nursing, 32(6), 429–438.

Este estudio examinó la intención de las enfermeras de práctica avanzada (EPA) en varios contextos para utilizar programas de optimización de la salud (POS). Los POS son estrategias de autocuidado que los pacientes

aprenden a usar para mejorar su bienestar físico y emocional a pesar de tener una enfermedad. Estas habilidades de autocuidado pueden ayudar a prevenir las complicaciones y mejorar la calidad de vida de los adultos mayores, e incluyen actividades clínicas como la administración de medicamentos y actividades recreativas.

Ya que las EPA han demostrado tener un papel importante en la facilitación de la capacidad de los mayores para manejar las alteraciones de salud, este estudio explora las diferencias de intención de las EPA para emplear los POS con base en el entorno de trabajo. Se dio información a las EPA sobre los programas de cuidado personal y después completaron una encuesta. Las EPA de residencias de adultos mayores resultaron ser las menos propensas a usar los programas de cuidado personal. Las explicaciones de esto incluían las opiniones de las EPA referentes a que los residentes eran demasiado frágiles para beneficiarse de los programas y que la estructura de la residencia de adultos mayores promueve la adhesión a las prácticas médicas por encima de los POS.

Es importante que las enfermeras de todos los ámbitos aprendan acerca del uso de los POS y las técnicas de autocuidado por los mayores con enfermedades crónicas. Independientemente del contexto, el empoderamiento y el fomento de la mayor actividad posible en las actividades de autocuidado promueven una mayor independencia y una mejor calidad de vida. Particularmente en las residencias de adultos mayores, las enfermeras gerontológicas deben valorar con cuidado a cada individuo y realizar intervenciones individualizadas para promover la máxima participación del paciente en su autocuidado cuando existan deficiencias en su capacidad para efectuarlo.

REALIDADES PRÁCTICAS

Un nuevo miembro del personal de una residencia de adultos mayores observa que otros miembros del equipo toman decisiones y llevan a cabo actividades para muchos residentes que parecen capaces de hacerlo por sí mismos. Si durante la atención de algunos residentes se les da la oportunidad de tomar decisiones acerca de sus preferencias, ellos quedan satisfechos y muestran capacidad para efectuar dichas actividades. Además, al alentarlos a alimentarse por sí mismos, los residentes realizan la tarea establecida, aunque precisan más tiempo para completarla.

¿Cuáles podrían ser las razones para que el personal genere una dependencia innecesaria de los residentes? ¿Cómo podría fomentarse un cambio en sus planteamientos?

EJERCICIOS DE PENSAMIENTO CRÍTICO

1. Identificar las experiencias de vida que han sido específicas en la población actual de edad avanzada y que los han preparado para hacer frente a algunos de los problemas de la vejez.

2. Enumerar los cambios relacionados con la edad que pueden afectar cada una de las necesidades relacionadas con la promoción de la salud.
3. ¿Qué razones pueden tener algunas personas mayores para no querer funcionar de forma independiente en las actividades de autocuidado?
4. Describir algunas situaciones en las que los mayores pueden estar en riesgo de perder la independencia como resultado de las intervenciones enfermeras que no la promuevan.

RECURSOS

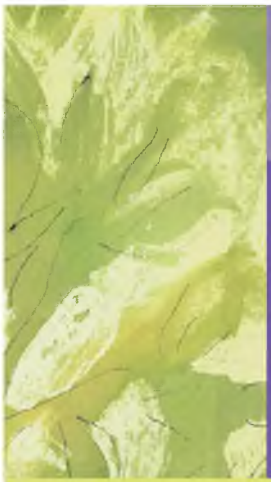
American Holistic Health Association
http://www.ahha.org
American Holistic Medical Association
http://www.holisticmedicine.org
American Holistic Nurses Association
http://www.ahna.org
Hartford Institute for Geriatric Nursing Try This Assessment Tool Series
http://hartfordign.org/practice/try_this/

REFERENCIA

Dossey, B. M., & Keegan, L. (2009). *Holistic nursing: A handbook for practice* (5th ed.) Sudbury, MA: Jones & Bartlett Publishers.

LECTURAS RECOMENDADAS

Las lecturas recomendadas relacionadas con este capítulo pueden encontrarse en el sitio web que acompaña al libro. Visítese **http://thepoint.lww.com/espanol-Eliopoulos8e** para acceder a las lecturas recomendadas y otros recursos adicionales vinculados con este capítulo.



CAPÍTULO 8

Aspectos legales de enfermería gerontológica

RESUMEN DEL CAPÍTULO

Leyes que regulan la práctica de la enfermería gerontológica

Riesgos legales en enfermería gerontológica

- Mala práctica.
- Confidencialidad.
- Consentimiento del paciente.
- Competencia del paciente.
- Supervisión del personal.
- Medicamentos.
- Restricciones.
- Indicaciones por teléfono.
- Órdenes de no reanimar.
- Voluntades anticipadas y cuestiones relacionadas con la muerte y el morir.
- Abuso a los adultos mayores.

Garantías jurídicas para las enfermeras

OBJETIVOS DE APRENDIZAJE

Después de estudiar este capítulo, el lector será capaz de:

1. Discutir las leyes que rigen la práctica de la enfermera gerontológica.
2. Describir los asuntos legales de la práctica de enfermería gerontológica y formas de minimizar los riesgos.
3. Enumerar las garantías jurídicas para las enfermeras.

CONCEPTOS BÁSICOS

Consentimiento: concesión de permiso para realizar una acción o un procedimiento.

Deber: relación entre dos individuos en la que uno es responsable o ha sido contratado para prestar servicios al otro.

Derecho público: regula las relaciones entre los particulares y el gobierno.

Derecho privado: regula las relaciones entre los individuos o las organizaciones.

Estándar de cuidado: norma que establece lo que una persona razonable haría en una circunstancia similar.

Lesión: daño físico o mental o de otro tipo, o violación de los derechos de una persona como resultado de un acto de negligencia.

Mala práctica: desviación de los estándares de cuidado.

Negligencia profesional: desviación de una norma de atención establecida.

Poder duradero: permite a las personas, mientras son competentes, designar a alguien para que tome decisiones en su nombre en caso de que se vuelvan incompetentes desde el punto de vista jurídico.

Las enfermeras de todas las especialidades deben ser conscientes de los aspectos legales de su práctica y las enfermeras gerontológicas no son una excepción. De hecho, los riesgos legales pueden intensificarse y surgir cuestiones jurídicas cuando se trabaja en los centros de atención a personas mayores. Con frecuencia, las enfermeras gerontológicas están en posiciones muy independientes y responsables en las que deben tomar decisiones sin contar con profesionales con los cuales contrastarlas. A menudo también son responsables de la supervisión del personal sin licencia y, en última instancia, de las acciones de aquellos a quienes supervisan. Además, las enfermeras gerontológicas son propensas a afrontar situaciones difíciles en las que los pacientes y sus familias pueden solicitar su asesoría y orientación; es posible que hagan preguntas con respecto a la forma de proteger las finanzas de la esposa de un paciente con enfermedad de Alzheimer, la forma de dar a conocer su voluntad anticipada, lo que puede hacerse para suspender las medidas de apoyo vital y quién puede dar su consentimiento en lugar del paciente. Los múltiples problemas que los adultos mayores enfrentan, su alta prevalencia de fragilidad y su falta de familiaridad con las leyes y regulaciones también pueden hacerlos víctimas fáciles de prácticas poco escrupulosas. La defensa es una parte integral de la práctica de enfermería gerontológica, lo que refuerza la necesidad de que las enfermeras se preocupen por proteger los derechos de los pacientes de mayor edad. Para salvaguardarse completamente a sí mismas, a sus pacientes y empleadores, las enfermeras deben tener conocimiento de las leyes básicas y garantizar que su ejercicio cae queda dentro de los límites de las leyes vigentes.

LEYES QUE REGULAN LA PRÁCTICA DE LA ENFERMERÍA GERONTOLÓGICA

Las leyes se generan a partir de diversas fuentes. Debido a que muchas leyes se desarrollan a nivel estatal y local, existe variación entre los estados. Esta variación requiere la familiaridad de las enfermeras con las leyes específicas de sus estados, en particular las que rigen la práctica profesional, las relaciones laborales y el funcionamiento de las instituciones de atención a la salud.

Hay dos tipos de derecho: público y privado. El derecho público regula las relaciones entre particulares y el gobierno, e incluye el derecho penal y la regulación de las organizaciones y personas que participan en ciertas prácticas. El alcance de la práctica enfermera y los requisitos para ser reconocida como entidad en el ámbito de la salud se rigen por la legislación pública. El derecho privado regula las relaciones entre los individuos y las organizaciones, e implica contratos y agravios (p. ej., los actos ilícitos en contra de otra persona, incluidos asalto, agresión, detención ilegal y violación de la privacidad). Estas leyes protegen los derechos individuales y también establecen normas de conducta que, si son violadas, pueden dar lugar a la responsabilidad del infractor.

Además de las leyes, hay normas propias mediante las cuales una enfermera puede ser juzgada. La publicación *Scope and Standards of Gerontolical Nursing* de la American Nurses' Association proporciona directrices para las enfermeras gerontológicas que describen lo que se considera una atención segura y eficaz. (*v.* cap. 6 para una discusión de estas normas.)

RIESGOS LEGALES EN ENFERMERÍA GERONTOLÓGICA

La mayoría de las enfermeras no comete actos ilícitos de manera intencionada; sin embargo, ciertas situaciones pueden aumentar los riesgos en la responsabilidad de la enfermera. Estas situaciones comprenden trabajar sin recursos suficientes, no revisar la política de la institución o el procedimiento establecido, incumplir las reglas, darle a alguien un descanso, tomar atajos, reducir una acción o intentar trabajar cuando se está agotado física o emocionalmente. No sólo los episodios repetidos de negligencia sino también una única desviación de los estándares pueden dar como resultado serios problemas legales. El recuadro 8-1 revisa algunos de los actos generales que podrían hacer que las enfermeras confiables violen la ley. Las enfermeras deben estar alertas a todos los posibles riesgos legales en su práctica y hacer un esfuerzo consciente para minimizarlos. A continuación se citan algunas cuestiones que podrían presentar riesgos legales para las enfermeras.

CONCEPTO CLAVE

Las situaciones que aumentan el riesgo de responsabilidad incluyen trabajar con recursos insuficientes, no seguir las políticas y los procedimientos, tomar atajos o trabajar cuando está muy estresado.

RECUADRO 8-1 Actos que pueden dar como resultado responsabilidades legales para el personal de enfermería

ATAQUE

Una amenaza deliberada o intento de dañar a otra persona si ésta cree que podría llevarse a cabo (p. ej., decir a un paciente que va a ser encerrado en una habitación sin comida durante todo el día si no deja de molestar).

AGRESIÓN

Tocar sin su consentimiento a otra persona de una manera socialmente inaceptable o a través de un ataque. Incluso un acto emotivo realizado para ayudar a una persona puede interpretarse como una agresión (p. ej., la realización de un procedimiento sin su consentimiento).

DIFAMACIÓN

Comunicación oral o escrita a un tercero que daña la reputación de una persona. Difamación es la forma escrita; calumnia es la forma hablada. Con la calumnia, la realidad del daño debe probarse, excepto cuando:

- Se acusa a alguien de un crimen.
- Se acusa a alguien de tener una enfermedad contagiosa.
- Se hace una declaración que afecta la actividad profesional o empresarial de una persona.
- Se llama impúdica a una mujer.

La difamación no existe si la afirmación es verdadera y las personas actúan de buena fe al transmitir la información con una razón legítima. Decir que un empleado fue despedido de su institución porque abusaba físicamente de los pacientes no es difamación si, de hecho, el empleado fue encontrado culpable de esos cargos. Sin embargo, la afirmación de que el empleado era un ladrón porque faltaban narcóticos cada vez que estaba de servicio puede considerarse difamación si no se demostró su culpabilidad de dichos cargos.

DETENCIÓN ILEGAL

Retención o detención ilegal de una persona. La retención de un paciente para que no deje una instalación es un ejemplo de detención ilegal, a menos que se demuestre que tiene una enfermedad contagiosa o puede dañarse a sí mismo o a otros. No es necesario usar una restricción física real para que se considere detención ilegal: decirle a un paciente que se le va a atar a una cama si trata de salir puede considerarse una detención ilegal.

FRAUDE

Tergiversación deliberada e intencional de la realidad que podría dañar o causar una pérdida a una persona o propiedad (p. ej., la venta de un anillo a un paciente bajo la afirmación de que puede mejorar la memoria mientras lo lleve puesto).

INVASIÓN DE LA PRIVACIDAD

Invadir el derecho de un individuo a la intimidad personal. Puede incluir la publicidad no deseada, la entrega de un expediente médico a personas no autorizadas, dar la información del paciente a una fuente incorrecta, hacer públicos los asuntos privados de un paciente (las únicas excepciones son las enfermedades contagiosas, las heridas de bala y el abuso). Permitir que un estudiante observe las úlceras por presión de un paciente sin permiso puede ser una violación a la intimidad.

HURTO

Privación ilegal de la posesión de otra persona (p. ej., suponer que un paciente no va a utilizar su silla de ruedas y regalársela a otro sin permiso).

NEGLIGENCIA

Omisión o comisión de un acto que se aparta de las normas aceptables y razonables, el cual puede presentarse de varias formas:

- *Malversación:* cometer un acto ilícito o incorrecto (p. ej., una enfermera que realice una intervención quirúrgica).
- *Abuso de autoridad:* la realización de un mal acto (p. ej., incluir al paciente en un proyecto de investigación sin obtener el consentimiento).
- *Incumplimiento:* no realizar las acciones necesarias (p. ej., no notificar al médico un cambio importante en el estado del paciente).
- *Mala práctica:* no cumplir con las normas de la profesión (p. ej., no comprobar que una sonda nasogástrica se encuentra en el estómago antes de administrar alimentación enteral).
- *Negligencia criminal:* hacer caso omiso de proteger la seguridad de otra persona (p. ej., permitir a un paciente confuso, que se sabe tiene antecedentes de piromanía, poseer cerillas sin supervisión).

Mala práctica

Se espera que las enfermeras presten servicios a los pacientes de manera cuidadosa y competente de acuerdo con una norma de atención. La norma de atención se considera lo habitual que una persona razonable en una circunstancia semejante haría. Cuando la actuación se desvía de la norma de atención, las enfermeras pueden ser responsables por mala práctica. Los ejemplos de situaciones que podrían dar lugar a malas prácticas son:

- Administrar una dosis incorrecta de un medicamento a un paciente la cual ocasiona que experimente una reacción adversa.
- Identificar dificultad respiratoria en un paciente, pero no informar al médico de manera oportuna.
- Dejar una solución de irrigación en la cabecera de un paciente confuso, que posteriormente la bebe.
- Olvidar a un paciente inmóvil durante todo el turno, cuyo resultado es que el individuo desarrolle una úlcera de decúbito.
- Dejar caer a un paciente porque un miembro del personal intentó levantarlo manualmente cuando el uso de un dispositivo de elevación era la norma.

El hecho de que un acto negligente ocurra no garantiza que puedan exigirse daños y perjuicios, sino que debe demostrarse que se dan las condiciones siguientes:

- *Obligación:* relación entre la enfermera y el paciente en la que la enfermera asumió la responsabilidad del cuidado del paciente.
- *Negligencia:* falta de observación de la norma de atención (es decir, mala práctica).
- *Lesión:* daño físico o mental para el paciente, o violación de sus derechos como resultado de un acto negligente.

CONCEPTO CLAVE

La obligación, la negligencia y las lesiones deben estar presentes para que exista una mala práctica.

Las complejidades involucradas en el cuidado de las personas mayores, la

necesidad de delegar responsabilidades a otros y las múltiples demandas que competen a la enfermera contribuyen al riesgo de mala práctica. Dado que las obligaciones asumidas por las enfermeras se han incrementado considerablemente, también lo ha hecho el riesgo de mala práctica. Las enfermeras deben ser conscientes de los riesgos en su práctica y ser proactivas en la prevención de malas prácticas (recuadro 8-2). Además, es aconsejable que tengan su propio seguro de responsabilidad y no se basen sólo en el que les proporcionan sus empleadores. Los empleadores pueden negarse a cubrir a las enfermeras con su póliza si creen que actuaron fuera de sus descripciones laborales; además, los jueces pueden exceder los límites de las pólizas de los empleadores.

PARA REFLEXIONAR

Además del tiempo y el dinero invertidos en la defensa de una demanda, ¿cuáles son algunas consecuencias de haber sido acusado de mala práctica?

Otras situaciones que pueden ocasionar que las enfermeras incurran en negligencia, si no mala práctica, incluyen las siguientes:

- No tomar medidas (p. ej., no informar de un cambio en el estado del paciente o no notificar a la administración los actos incompetentes de un médico).
- Contribuir a la lesión del paciente (p. ej., no proporcionar la supervisión adecuada de los pacientes confusos o no asegurar la silla de ruedas durante una transferencia).
- No informar de una situación de peligro (p. ej., no permitir que se sepa que el sistema de alarma contra incendios no funciona o no informar a nadie de que un médico está llevando a cabo los procedimientos bajo los efectos del alcohol).
- Manejar las posesiones de los pacientes de modo irresponsable.
- No seguir las políticas y procedimientos establecidos.

PARA REFLEXIONAR

¿Conoce el acta de la práctica enfermera de su estado y las normas que rigen el área donde trabaja o va a trabajar?

Confidencialidad

Es raro el paciente atendido por un solo médico. Más a menudo el paciente acude a una variedad de especialistas médicos, terapeutas, instalaciones para diagnóstico, farmacias e instituciones. Estos proveedores por lo general tienen que comunicar la información del paciente para asegurar una atención coordinada y de calidad. Sin embargo, con la potencial cantidad de personas que tienen acceso a información médica de los pacientes y la facilidad con que puede ser transferida, hay mayores oportunidades de que información confidencial caiga en manos no deseadas.

En un esfuerzo por proteger la seguridad y la confidencialidad de la información

médica de los pacientes, el gobierno federal de Estados Unidos desarrolló la Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA). La HIPAA proporciona a los pacientes el acceso a su historial médico y el control de cómo se utiliza y revela su información de salud personal. El Congreso autorizó sanciones civiles y penales para las entidades que hagan uso indebido de información de salud personal.

Puede haber variaciones en los proveedores de los procedimientos e instalaciones que se han de utilizar para revisar los datos relacionados con HIPAA de cada paciente, para proteger y comunicar la información relativa a ellos. Es importante que las enfermeras conozcan y cumplan las políticas y procedimientos relacionados con la protección de la privacidad de los pacientes.

RECUADRO 8-2 Recomendaciones para reducir las prácticas indebidas

- Familiarizarse con y cumplir el acta de práctica enfermera que rige en el estado específico.
- Mantenerse actualizado y apegarse a las políticas y los procedimientos de la institución empleadora.
- Asegurarse de que las políticas y los procedimientos sean revisados según sea necesario.
- No discutir la enfermedad del paciente, no compartir su información ni permitir el acceso a su expediente a nadie a menos que el interesado haya dado su consentimiento por escrito.
- Consultar con el médico cuando una orden sea poco clara o inadecuada.
- Conocer el estado normal del paciente e informar sin demora de cambios en el mismo.
- Valorar cuidadosamente a los pacientes y desarrollar planes de atención realistas.
- Leer los planes de atención de los pacientes y la documentación enfermera pertinente antes de brindar la atención.
- Identificar a los pacientes antes de administrar medicamentos o tratamientos.
- Registrar las observaciones sobre el estado de los pacientes, la atención prestada y los sucesos importantes.
- Verificar personalmente y por medio de los subordinados que la documentación sea la correcta y refleje la atención que se proporcionó.
- Conocer las acreditaciones y asegurarse de la competencia de todo el personal subordinado.
- Discutir con el supervisor si las tareas asignadas no puedan completarse porque el personal o los recursos son insuficientes.
- No aceptar las responsabilidades que estén más allá de sus capacidades y no delegar tareas a otros a menos que se esté seguro de que son competentes para llevarlas a cabo.
- Informar sobre equipos inservibles y otros riesgos de seguridad.
- Informar o archivar un registro de incidentes cuando se produzcan situaciones inusuales.
- Reportar de inmediato todo abuso real o sospechado a las autoridades estatales y locales correspondientes.
- Asistir a programas de formación continua y mantenerse al día en los conocimientos y habilidades relacionados con su práctica.

Adaptado de Eliopoulos, C. (2002). *Legal risks management guidelines and principles for long-term care facilities* (p. 28). Glen Arm, MD: Health Education Network.

Consentimiento del paciente

Los pacientes tienen derecho a conocer todas las consecuencias de los procedimientos

y tomar una decisión independiente sobre la realización o no de los mismos. Aunque esto puede parecer simple, resulta fácil que el consentimiento sea pasado por alto o mal obtenido por los proveedores de atención médica. Por ejemplo, algunos procedimientos pueden llegar a ser tan rutinarios para el personal que no se da cuenta de que requiere la autorización del paciente o un miembro del personal puede obtener la firma de un paciente con capacidad mental fluctuante y que no entiende por completo lo que está firmando. En el interés de ayudar a los pacientes y prestar servicios de manera eficiente o en los casos de falta de conocimiento respecto al consentimiento, los miembros del personal pueden ser sujetos de una considerable responsabilidad legal.

CONCEPTO CLAVE

Los pacientes que no comprenden por completo o tienen sus funciones mentales alteradas son incapaces de dar su consentimiento informado legalmente.

El consentimiento debe obtenerse antes de efectuar cualquier procedimiento médico o quirúrgico; la realización de procedimientos sin consentimiento puede considerarse abuso. Por lo general, cuando los pacientes entran en un centro de atención médica deben firmar los formularios de consentimiento que autoricen al personal a llevar a cabo ciertas medidas de rutina (p. ej., baño, exploración, tratamientos relacionados con la atención e intervenciones de urgencia). No obstante, estas formas de consentimiento no tienen carácter de *carta blanca* para todos los procedimientos. Incluso los formularios de consentimiento en blanco que los pacientes pudieran firmar autorizando al personal para hacer cualquier cosa necesaria para su tratamiento y atención, no son garantías válidas y no podrán sostenerse en un tribunal de justicia. Debe obtenerse consentimiento para cualquier cosa que exceda las medidas básicas de atención de rutina. Los procedimientos específicos para los que definitivamente debe conseguirse el consentimiento incluyen cualquier entrada en el cuerpo, ya sea por incisión o través de las aberturas naturales del cuerpo; cualquier uso de anestesia, terapia de radiación o cobalto, terapia de electrochoque o procedimientos experimentales; cualquier tipo de participación en la investigación, invasiva o no; y cualquier procedimiento, sea diagnóstico o terapéutico, que implique más que un riesgo leve. Siempre que haya duda en cuanto a si el consentimiento es necesario, es mejor errar por exceso.

FIGURA 8-1 ■ Es importante que el paciente dé su consentimiento informado antes de cualquier procedimiento médico o quirúrgico. Los formularios de consentimiento escritos deben describir el procedimiento, su finalidad, las alternativas, las consecuencias esperadas y los riesgos.

El consentimiento debe ser *informado*. Es injusto para el paciente y jurídicamente poco sólido obtener la firma para un mielograma sin decirle lo que implica este procedimiento. Idealmente, el paciente debe firmar un consentimiento por escrito que describa el procedimiento, su finalidad, las alternativas, consecuencias esperadas y riesgos con testigo y fecha (fig. 8-1). Lo mejor es que la persona que efectúa el procedimiento (p. ej., el médico o el investigador) sea la que explique y obtenga el consentimiento. Las enfermeras y otros miembros del personal no deben ponerse en el lugar del médico para obtenerlo porque es ilegal y tal vez no sean capaces de responder algunas de las preguntas médicas que el paciente plantea. Las enfermeras pueden desempeñar un papel importante en el proceso de consentimiento garantizando su obtención, respondiendo preguntas, reforzando la información y haciendo que el médico se percate de cualquier malentendido o cambios en el deseo del paciente. Por último, las enfermeras no deben influir en la decisión del paciente de ninguna manera.

Cada adulto consciente y mentalmente competente tiene derecho a rechazar un procedimiento. Para proteger a la institución y al personal, es útil que el paciente firme una liberación afirmando que denegó la autorización y que entiende los riesgos relacionados con su negativa. Si el paciente se rehúsa a firmar tal liberación, esto debe ser atestiguado y tanto el profesional que buscó el consentimiento como el testigo deben firmar una declaración que documente la negativa del paciente en el expediente clínico.

Competencia del paciente

Cada vez más, en especial en centros de atención de larga duración, las enfermeras cuidan a pacientes que están confusos, dementes o deteriorados mentalmente por cualquier otro motivo. Las personas incompetentes mentalmente son incapaces de dar un consentimiento legal. A menudo, en estas circunstancias, el personal acudirá a los familiares para obtenerlo; sin embargo, la designación de un tutor para otorgar el consentimiento en los casos de incompetencia individual es responsabilidad del juez. Cuando la competencia del paciente es cuestionable, el personal debe alentar a los

miembros de la familia a buscar su tutela legal o a solicitar la asistencia de la institución estatal para la vejez a fin de pedir al tribunal que designe un tutor. A menos que hayan sido determinadas como incompetentes por un juez, las personas tienen derecho a tomar sus propias decisiones.

Varias formas de custodia (también llamada tutela) pueden concederse cuando una persona ha sido declarada incompetente (recuadro 8-3) y cada una tienen sus propias restricciones. El tutor es supervisado por el tribunal para asegurar que actúe en el mejor interés de la persona incapacitada. En tutor de bienes debe presentar informes financieros al juez.

La tutela se diferencia del poder en que este último es un mecanismo utilizado por las personas competentes para designar a alguien para que tome decisiones por ellos. Por lo general, un poder será válido si la persona que lo otorga se convierte en incompetente, salvo en el caso de un poder notarial. Un poder legal permite que las personas competentes designen a alguien para tomar decisiones en su nombre en caso de que estén incapacitados, lo que es un procedimiento recomendado para las personas con demencias y otros trastornos en los que pueda preverse que la competencia se deteriorará.

Para garantizar la protección de los derechos de los pacientes, las enfermeras deben recomendar que ellos y sus familias busquen asesoría legal para el manejo de tutela y poderes y, cuando se ha hecho tal designación, se aclare el tipo de autoridad que tomará las decisiones sobre la asignación de bienes.

CONCEPTO CLAVE

Un poder notarial puede ser útil para los pacientes con enfermedad de Alzheimer, ya que pueden nombrar a alguien para que tome decisiones en su nombre en el momento en que sean incompetentes para hacerlo.

Supervisión del personal

En muchos ámbitos, las enfermeras gerontológicas son responsables de supervisar a otros miembros del personal, muchos de los cuales tal vez no tengan licencia. En estas situaciones, las enfermeras son responsables no sólo de sus propias acciones, sino también de las del personal que supervisan. Esto entra en la doctrina de *respondeat superior* («la mejor respuesta»). Las enfermeras deben comprender que si un empleado al que supervisan lesiona a un paciente mientras realiza una función determinada bajo la norma establecida, ellas pueden ser responsables. Diversos tipos de situaciones pueden crear riesgos para las enfermeras:

RECUADRO 8-3 Tipos de autoridad para tomar decisiones que los individuos pueden tener legalmente sobre los pacientes

TUTELA

Los tribunales pueden determinar que un individuo o una organización tienen la autoridad para tomar

decisiones sobre una persona incompetente. Los tutores pueden otorgarse la autoridad para la toma de decisiones para determinados tipos de problemas:

- Tutor de la propiedad (albacea): esta tutela limitada permite al tutor encargarse de los asuntos financieros, pero no tomar decisiones sobre el tratamiento médico.
- Tutor de la persona (custodia): las decisiones relativas a la autorización o denegación de atención y tratamientos pueden tomarlas las personas asignadas mediante este tipo de tutela.
- Tutela plena: bajo esta denominación los tutores pueden tomar todos los tipos de decisiones relativas a la persona y a su propiedad.

PODER NOTARIAL

Mecanismo legal por el cual los individuos competentes designan a las partes para que tomen decisiones por ellos; puede ser:

- Poder limitado: las decisiones se restringen a ciertas cuestiones (p. ej., los asuntos financieros) y el poder es válido si el individuo se vuelve incompetente.
- Poder duradero: proporciona un mecanismo para continuar o iniciar un poder en el caso de que el individuo se vuelva incompetente.

- Permitir que personas no calificadas o incompetentes efectúen determinada intervención.
- No hacer un seguimiento de las tareas delegadas.
- Asignar tareas a miembros del personal para las que no están calificados o no son competentes.
- Permitir que el personal trabaje en condiciones que se sabe son peligrosas (p. ej., tener poco personal o equipo que funciona de modo inapropiado).

Éstas son consideraciones que las enfermeras deben tener en cuenta cuando aceptan la responsabilidad de trabajar en una residencia, enviar a un ayudante a un domicilio para ofrecer una atención sin conocer su competencia o permitir que otros empleados realicen un trabajo sin conocer plenamente las políticas de las instituciones y los procedimientos.

CONCEPTO CLAVE

Una enfermera tiene que asegurarse de que los cuidadores a los que delega funciones sean competentes para llevarlas a cabo de manera correcta.

Medicamentos

Las enfermeras son responsables de la administración segura de los fármacos prescritos. La preparación, composición, distribución y venta al detal de medicamentos son funciones del farmacéutico, no de las enfermeras, y si ellas realizan dichas funciones puede interpretarse como usurpación de funciones, para las que se requiere una licencia. Un acto tan aparentemente benigno como entrar en la farmacia de la institución fuera del horario, verter algunas tabletas en un envase, etiquetar ese contenedor y llevarlo a la unidad para que un paciente reciba un medicamento que requiere con urgencia es ilegal.

Restricciones

La Omnibus Budget Reconciliation Act (OBRA) enfatiza las graves consecuencias de las restricciones mediante la imposición de normas estrictas sobre su uso en instalaciones de cuidados a largo plazo. Esta mayor preocupación con respecto a la sensibilidad y el uso de restricciones físicas y químicas ha tenido un efecto dominó en otros escenarios de la práctica.

Cualquier cosa que restrinja física o mentalmente el movimiento de un paciente (p. ej., chalecos protectores, bandejas en sillas de ruedas, cinturones de seguridad, sillas geriátricas, carriles laterales e incluso fármacos) puede considerarse una restricción. Los dispositivos de sujeción utilizados indebidamente no sólo pueden violar los reglamentos relativos a su empleo, sino también dar lugar a denuncias por detención ilegal y negligencia.

Las personas mayores con delirio y demencias pueden plantear desafíos al personal en materia del manejo del comportamiento. Existen varios medicamentos (p. ej., haloperidol, benzodiazepinas y lorazepam) que pueden ser útiles para reducir la agitación y la necesidad de restricciones físicas; sin embargo, pueden dar lugar a complicaciones tales como aspiración secundaria a depresión del reflejo faríngeo y neumonía resultante de disminución de la actividad respiratoria. Hay que reconocer que estos medicamentos son formas de restricción química y sólo deben emplearse después que otras medidas fueron ineficaces. Además, otras estrategias no farmacológicas para el manejo del comportamiento pueden reducir la cantidad necesaria de fármacos. La consulta con especialistas gerontopsiquiatras o psicólogos puede ser beneficiosa en la identificación de otras estrategias.

Siempre que sea posible, deben usarse alternativas a la restricción. Las medidas para ayudar a controlar los problemas conductuales y proteger al paciente incluyen las puertas con alarma, las alarmas de pulsera, las almohadillas de cama con alarma, las camas y las sillas cerca del nivel del suelo, y el aumento de la supervisión y el contacto del personal. El comportamiento específico del paciente que crea riesgos para sí mismo y para los demás debe documentarse. La valoración del riesgo para el paciente no debe ser limitada y ha de incluir la eficacia de las medidas alternativas.

Cuando se considera absolutamente necesario restringir al paciente, debe obtenerse una orden médica que indique las condiciones específicas en las que han de aplicarse las restricciones, su tipo y la duración de su uso. Deben existir políticas institucionales para el empleo de restricciones y tienen que seguirse de manera estricta. La documentación detallada abarca los tiempos de inicio y finalización de las restricciones, su eficacia y la respuesta del paciente. Éste requiere una estrecha observación mientras se mantenga bajo restricción.

CONCEPTO CLAVE

En ningún momento deben usarse restricciones por conveniencia del personal.

A veces el personal determina que es necesario usar sistemas de retención, pero el paciente o la familia lo rechazan y se niegan a emplearlos. Si la orientación no ayuda al paciente y su familia a entender los riesgos que el no uso de la restricción implica,

la institución podría solicitar al paciente y su familia que firmen una liberación de la responsabilidad relacionada con los riesgos de tal omisión. Aunque esto no libera a la enfermera o la institución de toda responsabilidad, brinda una protección limitada y, mediante la firma de la liberación, es posible que el paciente y la familia se den cuenta de la gravedad de la situación.

Indicaciones por teléfono

En los centros de cuidados de larga duración a menudo las enfermeras no cuentan con la presencia permanente de un médico en las instalaciones. Los cambios en el estado del paciente y la solicitud de nuevos tratamientos o de modificar los existentes pueden comunicarse a través del teléfono y, en respuesta, los médicos pueden prescribir las órdenes pertinentes. La aceptación de indicaciones telefónicas predispone a las enfermeras a riesgos considerables porque la información puede escucharse o escribirse incorrectamente, o es posible que el médico niegue que dio la orden. Tal vez no sea realista ni conveniente eliminar por completo las indicaciones telefónicas para el cuidado del paciente, pero las enfermeras deben minimizar sus riesgos de todas las formas posibles, tomando las siguientes precauciones:

- Intentar que el médico envíe de inmediato por fax o correo electrónico la orden escrita si es posible.
- No involucrar a terceros en la indicación (p. ej., no tomar la indicación de la enfermera o el médico a través del secretario u otro miembro del personal).
- Dar toda la información relevante para el médico, como los signos vitales, el estado general y los medicamentos administrados.
- No ofrecer interpretaciones del diagnóstico o un diagnóstico médico del problema del paciente.
- Escribir la indicación recibida y leerla de inmediato al médico en su totalidad.
- Anotar la orden en la hoja de indicaciones médicas, señalando que se trata de una orden telefónica, el médico que la dio, la hora, la fecha y la firma de la enfermera.
- Obtener la firma del médico dentro de las siguientes 24 h.

Las indicaciones telefónicas grabadas podrían ser una forma útil de que las enfermeras validen lo que han oído, pero no pueden ofrecer mucha protección en caso de una demanda a menos que se informe al médico que se está grabando la conversación o que se utilice un equipo especial con un sonido de tonos de 15 s.

Órdenes de no reanimar

La carga de trabajo de los profesionales enfermeros en gerontología incluye una alta prevalencia de pacientes con enfermedades terminales. Es posible que todas las partes involucradas entiendan que estos pacientes van a morir y que los intentos de reanimación no serán apropiados; sin embargo, a menos que exista una orden específica de que el paciente no debe ser reanimado, el hecho de no intentar salvar la vida de esa persona podría ser visto como negligencia. Las enfermeras deben asegurarse de que las órdenes de ONR (orden de no reanimar) sean jurídicamente correctas, recordando varios puntos. En primer lugar, las ONR son indicaciones

médicas y deben estar escritas y firmadas en la hoja de indicaciones médicas para ser válidas. La ONR escrita en la hoja de atención médica o un símbolo especial en la cabecera del paciente no es legal sin una orden médica. A continuación, a menos que sea perjudicial para el bienestar del paciente o que éste sea incompetente, debe obtenerse el consentimiento para la decisión de no reanimar; si el paciente está incapacitado para dar el consentimiento, debe buscarse el apoyo de la familia. Por último, cada institución debe desarrollar una política de ONR para orientar al personal en estas situaciones, lo que podría ser un excelente punto de revisión para un comité de ética.

CASO A CONSIDERAR

Una enfermera trabaja en una residencia de adultos mayores que mantiene un entorno libre de restricciones. Durante el mes pasado, una de las residentes se cayó una vez de su silla de ruedas y otra del borde de su cama; en ambas ocasiones cayó al suelo. A pesar de que no resultó herida en ninguno de estos incidentes, a su hija le preocupa que su madre pueda lesionarse seriamente a sí misma durante una caída y pide que sea sujetada mientras se encuentre en la cama y la silla de ruedas. La residente no ha expresado ninguna preferencia, pero dice que va a hacer lo que su hija quiere. La enfermera explica las razones para no utilizar restricciones, pero la hija insiste en que su madre sea sujetada. «Usted sabe que mi madre tiene la tendencia a caer al suelo, así que si no la amarra a la silla y mantiene los barandales elevados mientras está en la cama y ella se cae, voy a traer a mis abogados antes de que pueda decir ¨¡bu!».

PENSAMIENTO CRÍTICO

- ¿Cómo se decide si la libertad del residente para mantenerse sin restricciones vale la pena ante el riesgo de que se lesione durante una caída?
- ¿Qué dilemas podría afrontar la residente si se le pregunta su preferencia sin tener en cuenta los deseos de la hija?
- ¿Cuánto puede influir en una unidad de cuidados la amenaza de un litigio?
- ¿Qué puede hacerse para salvaguardar a la residente y la instalación?

Voluntades anticipadas y cuestiones relacionadas con la muerte y el morir

Una diversidad de temas relacionados con la muerte de los pacientes constituye una preocupación jurídica para las enfermeras. Algunas de estas cuestiones surgen mucho antes de que la muerte se produzca, cuando los pacientes deciden ejecutar una voluntad anticipada o testamento vital. Las voluntades anticipadas expresan los deseos de los adultos competentes con respecto al cuidado al final de la vida, las medidas de apoyo vital y otros temas pertinentes a su muerte y el morir.

CONCEPTO CLAVE

Hay dos tipos de voluntades anticipadas. Un poder notarial para la atención médica es un documento que nombra a una persona elegida por el paciente (llamado apoderado de atención médica, abogado de facto, sustituto o agente) que tomará las decisiones en nombre del paciente si él no puede tomar o comunicar sus decisiones. Un testamento vital describe las preferencias del paciente y da instrucciones a los profesionales de atención médica para un futuro en el que el paciente sea incapaz de tomar o comunicar decisiones y no tenga a alguien designado como representante.

En 1990, el Congreso estadounidense aprobó la Patient Self-Determination Act (que entró en vigor el 1° de diciembre de 1991), que exige a todas las instituciones de atención de salud que reciben fondos de Medicare o Medicaid que pregunten a los pacientes al ingreso si poseen un testamento vital o poder notarial para el cuidado de su salud. La respuesta del paciente debe registrarse en el expediente clínico. Las enfermeras pueden ayudar haciendo que los médicos y demás personal conozcan la existencia de voluntades anticipadas del paciente, informando a los pacientes de las medidas especiales que deben tomar para que el documento sea aceptado en la historia clínica, y, salvo contraindicación, siguiendo los deseos del paciente (fig. 8-2). El cumplimiento de las voluntades anticipadas protege a los profesionales sanitarios de la responsabilidad civil y penal cuando se hace de buena fe. Se recomienda que las enfermeras lean la legislación sobre voluntades anticipadas de sus estados.

Surgen otras cuestiones cuando los pacientes son enfermos terminales y moribundos; una de ellas es el testamento. Los testamentos son declaraciones de los deseos de los individuos respecto al manejo de sus asuntos después de su muerte. Para que un testamento sea válido, quien lo hace debe tener la mente sana, ser mayor de edad y no ser coaccionado o influido. El testamento tiene que ser escrito (aunque bajo ciertas condiciones, algunos estados reconocen un testamento oral o abierto), firmado, fechado y atestiguado por personas no nombradas en el mismo. El número necesario de testigos puede variar entre los estados.

FIGURA 8-2 ■ Las enfermeras gerontológicas ayudan a las personas mayores en la elaboración de voluntades anticipadas.

Para evitar problemas, como la acusación de la familia de que el paciente fue influido por la enfermera a causa de su dependencia de ella, las enfermeras no deben ser testigos de testamentos. Sin embargo, deben ayudar a los pacientes a obtener asesoría legal cuando desean realizar o cambiar un testamento. Las agencias de ayuda legal y las escuelas de derecho también son fuentes de asistencia para los adultos mayores que deseen elaborar sus testamentos. Si un paciente está muriendo y quiere dictar un testamento a la enfermera, ésta puede escribir exactamente lo que le dice, firmarlo y ponerle la fecha, pedir al paciente que lo firme, si es posible, y remitirlo a las oficinas administrativas para su manejo. Es útil que las enfermeras gerontológicas alienten a las personas de todas las edades a elaborar un testamento a fin de evitar que

el Estado determine cómo se han de distribuir sus bienes tras su muerte.

La declaratoria de muerte es otro motivo de preocupación. Las enfermeras a menudo están en posición y son capaces de determinar si un paciente ha muerto y notificar a la familia y la agencia funeraria. Después el médico es avisado de la muerte del paciente vía telefónica y firma el certificado de defunción en un momento posterior. Este procedimiento bastante común y benigno puede ser ilegal para las enfermeras, ya que en algunos estados el acto de declarar la muerte de una persona entra en el ámbito de la práctica médica, no de la práctica enfermera. Las enfermeras deben salvaguardar su licencia no tomando la responsabilidad del médico en la declaración de muerte si son requeridas para ello o ejerciendo presión para que cambie la ley a fin de protegerse en estas situaciones.

Los exámenes *post mortem* son útiles para aprender más sobre la causa de la muerte. También contribuyen a la educación médica. En algunas circunstancias, cuando se sospecha que la causa de la muerte se vincula con un acto criminal, mala práctica o una enfermedad profesional, la muerte puede considerarse un caso del médico forense y la autopsia puede hacerse obligatoria. A menos que se trate de un caso médico-legal, debe obtenerse el consentimiento para el procedimiento de los familiares, por lo general en el siguiente orden: cónyuge, hijos, padres, hermanos, abuelos, tías, tíos y primos.

Abuso a los adultos mayores

El abuso a las personas mayores puede ocurrir en el domicilio del paciente o en los centros de salud por parte de seres queridos, cuidadores o extraños. En particular, en las relaciones de cuidado de larga duración, en las que miembros de la familia o del personal presentan agotamiento emocional, el abuso puede ser una consecuencia desafortunada. Los factores que contribuyen al abuso por parte de los cuidadores se discuten en el capítulo 38.

CONCEPTO CLAVE

El estrés del cuidador puede generar el abuso sobre las personas mayores

Se reconocen varios tipos de abuso a ancianos (National Center for Elder Abuse, 2012), incluidos:

- Abuso físico.
- Abuso emocional.
- Abuso sexual.
- Explotación.
- Negligencia.
- Abandono.

El abuso puede presentarse bajo muchas formas, como infligir dolor o lesiones; robo; malversación de bienes económicos; mal uso de los medicamentos; causar

sufrimiento psicológico; privación de alimentos o atención; o confinamiento de la persona. Aun la amenaza de cometer cualquiera de estos actos se considera abuso. El abuso puede no detectarse debido a la falta de contacto de un adulto mayor con otras personas (p. ej., estar aislado en su hogar y no tener comunicación con nadie más que el familiar que es el abusador) o por la renuencia a reportar el problema por temor o vergüenza. Las enfermeras pueden valorar el abuso con una herramienta como el Elder Assessment Instrument (Fulmer, 2003). Las enfermeras gerontológicas también deben estar alerta a las señales de posible abuso o negligencia durante las interacciones rutinarias con los mayores; los signos podrían incluir:

- Demora en la búsqueda de la atención médica necesaria.
- Desnutrición.
- Deshidratación.
- Cardenales inexplicables.
- Falta de higiene y aseo personal.
- Olor a orina, manchas de orina en la ropa personal/ropa de cama.
- Excoriaciones o abrasiones en los genitales.
- Administración inadecuada de medicamentos.
- Repetidas infecciones, lesiones o complicaciones prevenibles de enfermedades existentes.
- Evasivas para describir su estado, síntomas, problemas y vida hogareña.
- Condiciones de vida inseguras.
- Aislamiento social.
- Ansiedad, desconfianza y depresión.

Las enfermeras tienen la responsabilidad legal de denunciar todos los casos de abuso conocidos o sospechados. Puesto que los mecanismos para hacerlo varían en los estados, las enfermeras deben consultar las leyes estatales específicas. La lista de Recursos incluye las organizaciones que pueden proporcionar información sobre el abuso a las personas mayores y orientación en la búsqueda de abogados para ayudar a una persona que es víctima de abuso.

GARANTÍAS JURÍDICAS PARA LAS ENFERMERAS

El sentido común puede ser el mejor aliado de la práctica enfermera. Nunca hay que olvidar que los pacientes, visitantes y empleados no pierden sus derechos legales o responsabilidades cuando están dentro del ámbito sanitario. Leyes y reglamentos imponen derechos y responsabilidades adicionales en las relaciones paciente-proveedor y trabajador-empleador. Las enfermeras pueden y deben protegerse de las siguientes maneras:

- Familiarizarse con las leyes y normas que rigen su institución de atención/instalación específica, el acta de la práctica enfermera de su estado y las relaciones laborales.

- Adquirir conocimientos acerca de las políticas y los procedimientos de su institución y cumplirlas estrictamente.
- Realizar sólo las funciones que estén dentro del alcance de la práctica enfermera.
- Determinar por sí mismas la competencia de los empleados de los que son responsables.
- Verificar el trabajo de los empleados que están bajo su supervisión.
- Obtener orientación administrativa o jurídica en caso de duda respecto a las consecuencias legales de una situación.
- Informar y documentar cualquier acontecimiento inusual.
- Negarse a trabajar en circunstancias que generen un riesgo para la atención segura al paciente.
- Adquirir un seguro de responsabilidad.

LLEVANDO LA INVESTIGACIÓN A LA VIDA

DETECCIÓN DEL ABUSO Y LA NEGLIGENCIA SOBRE PERSONAS CON DEMENCIA

Wigleswoorth, A., Mosqueda, L., Mulnard, R., Liao, S., Gibbs, L., & Fitzgerald, W. (2010). Journal of the American Geriatrics Society, 58(3), 493–500.

Para este estudio, los investigadores visitaron a 129 personas diagnosticadas de demencia y a sus cuidadores en sus hogares para valorar si había evidencias de maltrato. Se encontró que el 47% de los participantes con demencia había sido maltratado por sus cuidadores, con el abuso psicológico como la forma más común. Cuando se evaluaron las características de los individuos que fueron víctimas de abuso y las de sus cuidadores, se encontró que los cuidadores que abusaron tenían niveles más altos de ansiedad, más evidencias de depresión, menos contactos sociales y se percibían a sí mismos como responsables de una carga significativa. Las personas con demencia que fueron objeto de abuso eran física y psicológicamente agresivas hacia sus cuidadores.

Estos resultados indican la necesidad de preguntar a los cuidadores acerca de cómo perciben la carga del cuidado y cualquier maltrato físico o psicológico que experimentan de la persona con demencia. Esto no sólo puede ayudar a identificar el riesgo para la persona con demencia de ser objeto de abuso sino también revelar la posible necesidad de protección, apoyo y asistencia para el cuidador. La protección de los derechos de los adultos mayores a veces significa examinar debajo de la superficie para detectar los problemas.

REALIDADES PRÁCTICAS

Usted trabaja el turno nocturno, donde se han presentado varias llamadas de la unidad de pacientes postoperados. Todo el personal soporta una carga más pesada de lo habitual. Durante el turno de noche, una de las enfermeras se olvidó de levantar la barandilla lateral de la cama de un paciente fuertemente sedado. En su estado de confusión y sedación, el paciente intentó levantarse de la cama y se cayó. Usted y la enfermera asignada corren para ayudarle. La otra enfermera le pide que la ayude a poner al paciente de nuevo a la cama. Usted se resiste afirmando que «debe ser examinado y es necesario llamar al supervisor». La otra enfermera se rehúsa diciendo: «conoces la política. Van a suspenderme o despedirme y tengo hijos que mantener. Yo lo revisé y él está bien... y se encuentra demasiado drogado como para recordar algo. No habrá ningún problema; vámonos».

El paciente no parece herido y no quiere que la enfermera corra el riesgo de perder su puesto de trabajo. ¿Qué debe hacer?

EJERCICIOS DE PENSAMIENTO CRÍTICO

1. Discutir las razones por las cuales la enfermería gerontológica es una especialidad de alto riesgo de responsabilidad legal.
2. Identificar el proceso que se sigue en la comunidad para obtener la tutela de un individuo mayor incapacitado para tomar decisiones y que no tiene familia.
3. Describir el enfoque que se utiliza para analizar el desarrollo de la voluntad anticipada con un adulto mayor.
4. Discutir las acciones que se deben tomar si se enfrentan las siguientes situaciones:
   - Una enfermera a quien usted supervisa comete errores repetidos y no parece competente para hacer su trabajo.
   - Usted comienza documentar sus observaciones, pero su supervisor inmediato le indica que «haga caso omiso y trabaje con ella porque es la hija del administrador».
   - Un paciente le confía que su hijo está falsificando su firma en cheques y está vaciando gradualmente sus cuentas bancarias.

RECURSOS

American Association of Retired Persons (AARP) Elder Law Forum

http://www.aarp.org/research/legal-advocacy/

American Bar Association Senior Lawyers Division

http://www.abanet.org/srlawyers/home.html

Hartford Institute for Geriatric Nursing

Try This: Best Practices in Nursing Care to Older Adults Issue Number 15 (Revised 2007), Elder Mistreatment and Abuse Assessment

http://consultgerirn.org/uploads/File/trythis/try_this_15.pdf

National Academy of Elder Law Attorneys

http://www.naela.com

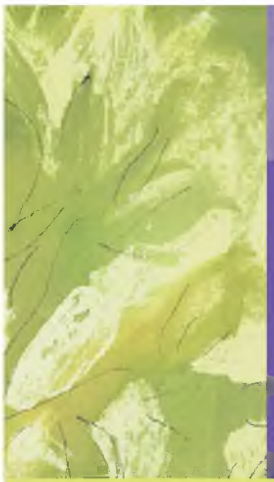
National Center on Elder Abuse
http://www.elderabusecenter.org
National Senior Citizens Law Center
http://www.nsclc.org
Nursing Home Abuse/Elder Abuse Attorneys Referral Network

REFERENCIAS

Fulmer, T. (2003). Elder abuse and neglect assessment. *Journal of Gerontological Nursing, 29*(6), 4–5.
National Center for Elder Abuse. (2012). *Fact sheet about elder abuse*. Retrieved May 2, 2012 from http://www.ncea.aoa.gov/ncearoot/Main_Site/index.aspx

LECTURAS RECOMENDADAS

Las lecturas recomendadas relacionadas con este capítulo pueden encontrarse en el sitio web que acompaña al libro. Visítese **http://thepoint.lww.com/espanol-Eliopoulos8e** para acceder a las lecturas recomendadas y otros recursos adicionales vinculados con este capítulo.



CAPÍTULO 9

Aspectos éticos de enfermería gerontológica

RESUMEN DEL CAPÍTULO

Filosofías rectoras del pensamiento ético

Ética en enfermería

Normas éticas externas e internas.

Principios éticos.

Dilemas éticos que afrontan las enfermeras gerontológicas

Cambios crecientes en los dilemas éticos para las enfermeras.

Medidas para ayudar a las enfermeras a tomar decisiones éticas.

Aunque el concepto de los principios que guían la conducta correcta e incorrecta no es nuevo en la profesión enfermera, la ética profesional ha recibido una atención creciente en los círculos de cuidado de los adultos mayores. Las enfermeras gerontológicas afrontan habitualmente cuestiones éticas relativas a la prestación, el alcance o el costo de la atención de los mayores. Muchas de estas preguntas surgen en su práctica diaria. Es importante que las enfermeras comprendan tanto la ética de la profesión como su propia ética personal y se mantengan al día sobre los dilemas éticos que deben afrontar en la atención gerontológica.

OBJETIVOS DE APRENDIZAJE

Después de estudiar este capítulo, el lector será capaz de:

1. Discutir las diversas filosofías sobre lo correcto y lo incorrecto.
2. Describir las normas y principios que guían la ética en la práctica enfermera.
3. Enumerar los factores que han aumentado los dilemas éticos para las enfermeras.
4. Identificar medidas para ayudar a las enfermeras a tomar decisiones éticas.

CONCEPTOS BÁSICOS

Autonomía: respetar las libertades individuales, las preferencias y los derechos.
Beneficencia: hacer el bien a los pacientes.
Confidencialidad: respetar la privacidad.
Ética: sistema de principios morales que guían los comportamientos.
Fidelidad: respetar nuestras palabras y el deber hacia los pacientes.
Justicia: ser justo, tratar a las personas por igual.
No maleficencia: evitar daños a los pacientes.
Veracidad: sinceridad.

FILOSOFÍAS RECTORAS DEL PENSAMIENTO ÉTICO

La palabra ética se originó en la antigua Grecia (*ethos* significa aquellas creencias que orientan la vida). La mayoría de las definiciones actuales de ética gira en torno al concepto de las normas aceptadas de conducta y juicio moral. Básicamente, la ética ayuda a determinar los cursos correctos e incorrectos de la acción. Tan simple como parece, diferentes filosofías están en desacuerdo sobre lo que constituye lo correcto y lo incorrecto; los siguientes planteamientos son algunos ejemplos:

- *Utilitarismo.* Esta filosofía sostiene que los actos buenos son aquellos de los que el mayor número de personas se beneficiará y obtendrá felicidad.
- *Egoísmo.* En el polo opuesto del utilitarismo, el egoísmo propone que un acto es moralmente aceptable si se trata del mayor beneficio para uno mismo y que no hay razón para llevar a cabo una acción que beneficie a los demás a menos que uno también se beneficie personalmente.
- *Relativismo.* Esta filosofía se conoce como la ética situacional; lo correcto y lo incorrecto son relativos a la situación. Dentro del relativismo existen varios subgrupos de pensamiento. Algunos relativistas creen que puede haber variaciones individuales en lo que es éticamente correcto, mientras que otros consideran que las creencias del individuo deben ajustarse a las creencias generales de la sociedad de la época y la situación dada.

- *Absolutismo.* Bajo la teoría del absolutismo, hay verdades específicas que orientan las acciones. Las verdades pueden variar dependiendo de las creencias de una persona; por ejemplo, la opinión de un cristiano puede diferir de la de un ateo en ciertos comportamientos morales y una persona que apoya una visión política de la democracia puede creer en verdades distintas a las de un comunista.

Para ilustrar la aplicación de estas cuatro filosofías, considérese la situación hipotética de cuatro ancianos pobres que comparten una casa. Un día, uno de estos hombres se encuentra un billete de lotería en el buzón cuando va a buscar el correo. El boleto tiene el número ganador de un millón de dólares. Éticamente, ¿no debería compartir con sus compañeros de casa una parte de las ganancias? Un *utilitarista* propondría que dividiera las ganancias con sus compañeros de casa, ya que traería bien para el mayor número de personas. Un *egoísta* lo animaría a mantener las ganancias para sí porque eso le haría el mayor bien personal. Un *relativista* podría decir que normalmente debería mantener las ganancias, pero como en esa situación tendrá más dinero del que necesita, debería compartir las ganancias. Un *absolutista* cristiano puede decir que conservar el billete es moralmente incorrecto y que debe hacer un esfuerzo para encontrar al propietario legítimo.

Considérese ahora la aplicación de los enfoques filosóficos a la cuestión de los subsidios federales a las personas mayores. Un *utilitarista* podría decir que el 12% de la población no debe utilizar una tercera parte del producto nacional bruto y que el dinero debe asignarse igualmente sobre una base *per capita*. Un *egoísta* diría que el adulto mayor debe tomar lo que siente que necesita sin importar el impacto sobre los demás. Un *relativista* tal vez diga que las personas mayores pueden usar esta parte del presupuesto a menos que se necesite más para los menores o para defensa y en ese caso ya no sería correcto utilizarlo. Los *absolutistas* podrían mantener varios puntos de vista en función de sus sistemas de creencias, desde que debe darse a la población que más lo necesita debido a la responsabilidad moral de cuidar a los enfermos y las personas mayores, hasta la retención de los fondos económicos de la población de edad avanzada a fin de que estén disponibles para mantener a las fuerzas armadas y cumplir con objetivos políticos específicos.

Existen otras filosofías que guían la ética, pero las que se han descrito brevemente demuestran la diversidad de enfoques de pensamiento ético y refuerzan el hecho de que la determinación de las acciones correctas e incorrectas puede ser una tarea complicada.

CONCEPTO CLAVE

Las personas pueden guiarse por una amplia gama de filosofías éticas que les hacen ver las mismas situaciones de muy diferentes maneras.

ÉTICA EN ENFERMERÍA

Normas éticas externas e internas

Profesiones como la enfermería requieren un código ético en el cual basar y evaluar su práctica. Un código ético profesional es aceptado por aquellos que practican la profesión como las pautas formales de sus acciones. El Code of Ethics for Nurses de la American Nurses Association (ANA) (recuadro 9-1) describe los valores generales de la profesión. La American Holistic Nurses' Association desarrolló el Code of Ethics for Holistic Nursing, que proporciona orientación para las acciones de la enfermera y responsabilidades con uno mismo, con los demás y hacia el medio ambiente (el documento completo está disponible en http://www.ahna.org).

Las enfermeras también están sujetas a las normas éticas creadas fuera de la profesión. Normas locales, estatales y federales, en la forma de reglamentos, guían la práctica enfermera. Además, diversas organizaciones, como la Joint Commission y la American Healthcare Association elaboran normas para los profesionales específicos y los centros de atención. También los distintos organismos tienen filosofías, metas y objetivos que sustentan un nivel específico de la práctica enfermera.

RECUADRO 9-1 Código ético para enfermeras

1. La enfermera, en todas las relaciones profesionales, actúa con compasión y respeto a la dignidad inherente, el valor y la singularidad de cada persona, sin restricciones por razones de condición social o económica, características personales o naturaleza de los problemas de salud.
2. El compromiso primordial de la enfermera es con el paciente, ya sea un individuo, familia, grupo o comunidad.
3. La enfermera promueve, defiende y se esfuerza por proteger la salud, la seguridad y los derechos del paciente.
4. La enfermera es responsable y partícipe de la práctica individual, y determina la adecuada delegación de tareas de conformidad con la obligación de proporcionar un cuidado óptimo al paciente.
5. La enfermera tiene los mismos deberes consigo misma que con los demás, incluidas la responsabilidad de preservar la integridad y la seguridad, mantener la competencia y continuar el crecimiento personal y profesional.
6. La enfermera participa en el establecimiento, mantenimiento y mejora de los entornos de atención médica y de las condiciones de trabajo propicias para la prestación de asistencia sanitaria de calidad y en consonancia con los valores de la profesión a través de la acción individual y colectiva.
7. La enfermera participa en el avance de la profesión mediante contribuciones a la práctica, la educación, la administración y el desarrollo del conocimiento.
8. La enfermera colabora con otros profesionales de la salud y el público en la promoción de los esfuerzos de la comunidad, nacional e internacional para satisfacer las necesidades de salud.
9. La profesión de enfermería, representada por las asociaciones y sus miembros, es responsable de articular los valores para mantener la integridad de la

profesión y su ejercicio, y para dar forma a la política social.

Cortesía de la American Nurses Association, Washington, DC. Desarrollado y publicado por la American Nurses Association, 2001.

Lo más importante, las enfermeras poseen valores individuales que han desarrollado a lo largo de sus vidas y que influirán en gran medida su pensamiento ético. En condiciones ideales, el sistema de valores de una enfermera encaja con el de la profesión, el de la sociedad y el del empleador, por lo que pueden surgir conflictos cuando los sistemas de valores son incompatibles.

CONCEPTO CLAVE

Es importante que la enfermera comprenda sus propios valores porque pueden presentarse conflictos e inquietudes como resultado de que esos valores difieran de los de su empleador o de la población atendida.

Principios éticos

Se utilizan diferentes principios éticos para guiar el cuidado de la salud, entre los que se identifican:

- *Beneficencia:* hacer el bien a los pacientes. Este principio se basa en la creencia de que la educación y la experiencia del personal enfermero le permitirán tomar decisiones acertadas a favor de los mejores intereses de los pacientes. Las enfermeras tienen el reto de tomar las medidas que sean buenas para los pacientes sin ignorar sus deseos. Anular las decisiones de los pacientes e invocar la autoridad profesional para realizar intervenciones con la visión del «mayor interés del paciente» se considera paternalismo e interfiere con la libertad y los derechos de los individuos.
- *No maleficencia:* evitar daño a los pacientes. Este principio podría verse como un subgrupo del principio de beneficencia porque la intención es en última instancia tomar medidas que sean buenas para los pacientes. Además de no realizar directamente actos que causen daños, acciones como informar a la administración que el personal es insuficiente para la atención aseguran la no maleficencia.
- *Justicia:* ser justo, tratar a las personas por igual y brindar a los pacientes el servicio que necesitan. La base de este principio es la creencia de que los pacientes tienen derecho a los servicios con base en sus necesidades, independientemente de su capacidad de pago. La escasez de recursos ha desafiado este concepto de acceso y uso irrestrictos de los servicios de salud.
- *Fidelidad y veracidad:* fidelidad significa respetar nuestras palabras y el deber hacia los pacientes; veracidad significa sinceridad. Este principio es fundamental en toda interacción enfermera-paciente porque la calidad de esta relación depende de la confianza y la integridad. Los pacientes de edad avanzada pueden tener un mayor grado de vulnerabilidad que los adultos más jóvenes y ser particularmente

dependientes de la veracidad de sus cuidadores.

- *Autonomía:* respetar las libertades, las preferencias y los derechos de los pacientes. Garantizar y proteger el derecho de los pacientes de edad avanzada y obtener el consentimiento informado son acciones coherentes con este principio.
- *Confidencialidad:* respetar la privacidad de los pacientes. Éstos a menudo comparten información muy personal con las enfermeras y necesitan sentir la seguridad de que su confianza no se violará. Además de respetar la confidencialidad como un principio moralmente aceptable, la Health Insurance Portability and Accountability Act y otras leyes han otorgado a la gente el derecho legal a la privacidad y a solicitar responsabilidades si ésta es violada.

Pocas enfermeras argumentarían contra el valor de estos principios (fig. 9-1). De hecho, las prácticas que refuerzan estos principios son ampliamente promovidas, como asegurar que los pacientes reciban la atención que necesitan, respetar los derechos de los pacientes a aceptar o negar el consentimiento para un tratamiento, prevenir que personal incompetente cuide a los pacientes y seguir las normas aceptables de práctica. La práctica enfermera actual rara vez es sencilla; sin embargo, las situaciones emergentes agregan nuevas consideraciones para la aplicación de los principios morales a la atención al paciente. Los dilemas éticos pueden surgir cuando otras circunstancias interfieren con la aplicación clara y básica de los principios éticos.

FIGURA 9-1 ■ Las enfermeras siguen los principios de hacer el bien, tratar a las personas por igual, honrar su palabra y respetar los derechos de las personas mayores.

PARA REFLEXIONAR

¿Cómo responder a y tratar de resolver los dilemas éticos? Si está en la práctica, acepta las mismas normas en la práctica que en su vida personal? Si es así, ¿por qué?

DILEMAS ÉTICOS QUE AFRONTAN LAS ENFERMERAS GERONTOLÓGICAS

La práctica enfermera implica muchas situaciones que podrían producir dilemas entre los valores y sistemas externos que afectan sus decisiones, y conflictos entre los derechos de los pacientes y las responsabilidades de las enfermeras hacia esos

pacientes. El recuadro 9-2 presenta ejemplos de este tipo de dilemas. Estos ejemplos son típicos de las decisiones que las enfermeras afrontan todos los días y para las que no hay respuestas sencillas.

Es fácil decir que las enfermeras siempre deben seguir las normas, adherirse a los principios y a lo que es mejor para el paciente. Pero en realidad ¿puede esperarse que enfermeras sigan estas pautas el 100% del tiempo? ¿Y si seguir las reglas significa que pueden perder los ingresos de la familia que depende de ellas, violar los derechos de los individuos a decidir su propio destino, crear problemas a sus compañeros de trabajo o sus empleadores, o hacer que se las etiquete de problemáticas? ¿Está bien violar un reglamento o ley a sabiendas de que no producirá ningún daño real? ¿Las enfermeras necesitan limitar el grado en que pueden asumir la función de defensoras? ¿Las enfermeras deben basar sus decisiones en lo que es correcto para ellas, para sus pacientes o para sus empleadores? ¿Para quiénes son realmente más responsables y a quiénes han de rendir cuentas?

CONCEPTO CLAVE

La mayoría de las situaciones clínicas no se presta a tomar decisiones éticas sencillas y claras.

Cambios crecientes en los dilemas éticos para las enfermeras

Las cuestiones de ética no son nuevas para las enfermeras. Sin embargo, los cambios al interior de la profesión y en todo el sistema de atención a la salud han introducido nuevas áreas de dilemas éticos en la práctica enfermera.

Mayores funciones de las enfermeras

Las enfermeras han ido más allá de los límites de sólo seguir las indicaciones médicas y proporcionar confort y atención básica. Ahora realizan valoraciones sofisticadas, diagnostican problemas enfermeros, vigilan y administran tratamientos complicados, usan modalidades alternativas de atención y, particularmente en los centros de atención geriátrica, cada vez más hacen juicios independientes sobre las condiciones clínicas del paciente. Este alcance más amplio de funciones, junto con salarios más altos y mayor estatus, han incrementado la obligación de rendir cuentas y la responsabilidad del personal enfermero en la atención de los pacientes.

RECUADRO 9-2 Ejemplos de dilemas éticos en la práctica de las enfermeras gerontológicas

Mientras trabaja en un programa de divulgación para acercar los servicios basados en la comunidad a los mayores, una enfermera se encuentra con el Sr. Bonilla, un hombre sin hogar de 68 años de edad. El Sr. Bonilla pide su opinión acerca de los síntomas respiratorios que ha experimentado en los últimos meses. Informa de una tos crónica, hemoptisis y disnea. Luce delgado y admite haber perdido peso. Afirma que ha fumado al menos un paquete de cigarrillos al día durante más de 50 años y no tiene intención de cambiar su hábito de fumar. A pesar de que no se ve afectado cognitivamente, se resiste con firmeza a los esfuerzos para encontrarle vivienda y someterlo a evaluaciones médicas y tratamientos. La enfermera está

convencida de que sin la intervención, el Sr. Bonilla no sobrevivirá durante mucho tiempo.

¿Debe respetarse el derecho del Sr. Bonilla para tomar sus propias decisiones sobre su vida, incluso si esas decisiones son contrarias a lo que es mejor para su salud y bienestar?

El nuevo director de enfermería de una residencia de adultos mayores se siente complacido de haber encontrado trabajo porque es la única fuente de ingresos para su familia. Se han presentado 10 casos de diarrea entre los residentes y sabe que las regulaciones establecen que debe informarse sobre la presencia de cinco o más casos. Esto puede llamar la atención del director médico y el administrador, quien le indicará «no causar problemas poniéndoles al departamento de salud encima». El director médico le asegura que el problema no es grave y va a pasar en unos pocos días. El nuevo director de enfermería sabe que debe notificar al departamento de salud, pero también que el administrador despidió al último jefe de enfermería por oponerse a él en un asunto similar.

¿Usted permitiría que se violara un reglamento o se arriesgaría a perder un trabajo que podría ser necesario?

La cobertura de seguro de la Sra. Díaz de 76 años de edad expira mañana y el médico ha escrito una orden para su alta. Como la señora Díaz aún está débil y tiene un poco de confusión, durante su hospitalización no ha tenido la posibilidad de recibir instrucción para el uso seguro del oxígeno en el domicilio ni para la administración de medicamentos. A sus 80 años de edad, su esposo, quien se espera que sea su principal cuidador, presenta debilidad y tiene un mal estado de salud general. El trabajador social dice que se han hecho arreglos para que una enfermera visite la casa todos los días, pero que la pareja no tiene derecho a asistencia para el cuidado domiciliario las 24 h. Usted y otros miembros del personal enfermero creen firmemente que la salud de la señora Díaz estará en riesgo si se da de alta al día siguiente. El médico dice que probablemente están en lo cierto, pero «el hospital no puede costear las cuentas que Medicare no quiere pagar».

¿Se incrementarían los riesgos financieros del hospital al insistir que se proporcione atención médica sin un desembolso por parte de la paciente?

El Sr. Ávila, de 69 años de edad, se encuentra en la cama en posición fetal, y no responde a los estímulos dolorosos, excepto a los más intensos. Tiene múltiples úlceras por presión, infecciones recurrentes y debe ser alimentado con una sonda nasogástrica. Su esposa e hijos expresan su preocupación por la calidad de su vida y dicen que el señor Ávila nunca hubiera querido sobrevivir bajo estas condiciones. Sus hijos refieren en privado al equipo interdisciplinar que si continúan los gastos de atención de su padre, retirarán a su madre de la atención y piden al personal que retire la sonda. La familia expresa que no cuenta con los recursos emocionales o financieros para llevar el asunto a los tribunales. El médico tiene empatía, pero afirma que se siente obligado a seguir las alimentaciones y los antibióticos porque no aprueba la eutanasia; sin embargo, en privado, el médico le dice a usted que va a hacer caso omiso y guardar silencio si usted retira la sonda sin que nadie lo sepa.

¿Excedería su autoridad y suspendería una medida para preservar la vida del paciente al acceder a la solicitud de la familia?

La señora Sánchez está muriendo de cáncer y es atendida en su casa por su marido. La pareja ha estado casada durante 63 años y nunca se ha separado durante ese tiempo. Ellos son muy interdependientes y el mundo de cada uno gira alrededor del otro. Durante su visita a una residencia de adultos mayores, la pareja discute abiertamente sus planes con usted. Le dicen que han acordado que cuando el dolor de la señora Sánchez sea demasiado grave como para tolerarlo, ambos ingerirán medicamentos suficientes, que han acumulado, para quitarse la vida y morir en paz uno en los brazos del otro.

¿Usted ignoraría su responsabilidad de reportar la intención suicida a fin de respetar el deseo de una pareja para poner fin a su vida juntos?

Tecnología médica

Los órganos artificiales, la selección genética, los nuevos medicamentos, las computadoras, los dispositivos láser, el ultrasonido y otras innovaciones han incrementado la capacidad de la comunidad médica para diagnosticar y tratar los problemas y salvar vidas que en otros tiempos se habrían quedado sin esperanzas. No obstante, otros nuevos problemas han acompañado a estos avances, como la determinación de con quién, cuándo y cómo debe usarse esta tecnología.

Nuevas restricciones fiscales

En el pasado, la principal preocupación de los profesionales de la salud y los organismos era la de proporcionar servicios de calidad para ayudar a las personas a mantener y restaurar la salud. Ahora compiten y a veces imperan algunas otras preocupaciones, como las siguientes: la rentabilidad, la minimización de las deudas incobrables y el desarrollo de fuentes alternativas de ingresos. Las necesidades de los pacientes se contrastan con la supervivencia económica, lo que da lugar a algunas decisiones difíciles. Además, en esta era de atención racionada y escasez de recursos, se plantean cuestiones sobre el derecho de las personas mayores a esperar una gran calidad y cantidad de servicios sociales y de salud mientras que otros grupos carecen de las atenciones básicas.

CONCEPTO CLAVE

Cada vez más, se plantean cuestiones sobre el derecho de los adultos mayores a esperar mayores beneficios que otros miembros de la sociedad.

Conflictos de interés

Las enfermeras pueden hacer frente a una variedad de situaciones que presenten conflictos de intereses. Ejemplos de esto podrían incluir lo siguiente: una enfermera, creyendo que la vida de un residente podría alargarse con alimentación por sonda nasogástrica y tratamientos antibióticos, puede tener la sensación de que el residente y la familia rechazan esa atención por considerarla inadecuada; un paciente suspendió su terapia física debido a las limitaciones del seguro y la enfermera sabe que él puede progresar continuamente con la terapia; la enfermera sabe que el empleador mantiene deliberadamente el personal por debajo de lo necesario, pero no se opone o no defiende su postura de que la dotación de personal es inadecuada porque no quiere poner en peligro su puesto.

Aumento del número de personas mayores

Los programas y servicios que reciben subsidios para las personas mayores tenían menos impacto cuando sólo una pequeña parte de la población era de edad avanzada, pero con el creciente número de personas que pasan más años en esta etapa de la vejez y la proporción cada vez mayor de personas dependientes en relación con los trabajadores productivos, la sociedad está empezando a sentirse agobiada. A pesar de que los problemas y las necesidades de los mayores son más evidentes, la capacidad y la responsabilidad de la sociedad para apoyar estas necesidades están en duda.

Suicidio asistido

La ANA ha sido clara en su objeción al suicidio asistido y en cambio cree que las enfermeras deben proporcionar cuidado competente y compasivo al final de la vida. Sin embargo, aunque la participación en el suicidio asistido de un paciente no es ética ni apropiada, las enfermeras pueden cuidar a personas con enfermedades terminales que aceptan y desean el suicidio asistido. La situación se complica aún más por el hecho de que se han promulgado leyes (p. ej., la Oregon's Death with Dignity Act de

1997) que permiten que las personas con enfermedades terminales pongan fin a sus vidas con medicamentos letales y que los individuos tengan el derecho a rechazar la atención médica de acuerdo con los posicionamientos de libre determinación. Las enfermeras pueden enfrentarse al dilema de saber que un paciente competente está preparando un suicidio asistido y la creencia de que debe intervenir. O bien, pueden saber que un paciente competente está disponiendo un suicidio asistido y aunque comprende y respeta la decisión del paciente, siente que está violando las normas profesionales al no informar de forma que dicho suicidio pueda detenerse.

PARA REFLEXIONAR

¿Cree que las enfermeras gerontológicas tienen la responsabilidad ética de abogar por las personas mayores al objetar y atraer la atención pública sobre las decisiones normativas y rechazar aquellas que no defienden el mejor interés de las personas mayores?

Medidas para ayudar a las enfermeras a tomar decisiones éticas

Aunque existen directrices, no hay respuestas sólidas que puedan resolver todos los dilemas éticos que las enfermeras afrontan. No obstante, éstas deben minimizar sus dudas en la toma de decisiones éticas mediante el pensamiento crítico y el empleo de las siguientes medidas:

- *Animar a los pacientes a expresar sus deseos.* Aconsejar a los pacientes que expresen sus deseos en voluntades anticipadas, testamentos vitales y otros documentos jurídicamente vinculantes y abogar porque se cumplan. El recuadro 9-3 ofrece sugerencias para ayudar a los pacientes en la toma de decisiones.
- *Identificar a los seres queridos que le afectan y se ven afectados.* Considerar a los familiares, amigos y cuidadores que están involucrados en el cuidado del paciente y la situación, así como sus inquietudes y preferencias.
- *Conocerse uno mismo.* La enfermera debe revisar su sistema de valores personal. Deben explorarse las influencias de la religión, las creencias culturales y las experiencias personales para entender la propia zona de confort con los problemas éticos específicos.
- *Leer.* Revisar la bibliografía médica sobre los debates y las experiencias de casos de otras enfermeras para tener una perspectiva más amplia sobre los tipos de problemas éticos y las estrategias para su manejo. La bibliografía distinta a la de enfermería puede ayudar a añadir nuevas facetas a su pensamiento.
- *Discutir.* En programas de educación formal o charlas informales, hablar de estos temas con otros miembros del equipo de salud. Miembros del clero, abogados, especialistas en ética y otros también pueden ofrecer perspectivas interesantes.
- *Formar un comité de ética.* Reunir a diversos miembros del equipo de salud, del clero, abogados y laicos para estudiar los problemas éticos en el ámbito de la atención específica, aclarar los límites legales y reglamentarios, desarrollar políticas, debatir los problemas éticos que surgen e investigar las acusaciones de

mala conducta ética.

- *Consultar.* La consulta ética clínica se realiza mediante un comité de ética o de consultoría formado por personas o grupos de expertos (p. ej., abogados, filósofos y médicos especialistas en bioética). Los consultores de ética clínica proporcionan educación, median en los conflictos morales, facilitan la reflexión moral y defienden a los pacientes (American Society for Bioethics and the Humanities, 2010). (Para obtener información sobre las competencias y la práctica de los consultores de ética en el cuidado de la salud, v. http://www.asbh.org/papers.)
- *Compartir.* Cuando se enfrenta una decisión ética difícil, hablar con los demás y buscar orientación y apoyo.
- *Evaluar las decisiones.* Evaluar los resultados de las acciones y si se elegirían las mismas líneas de actuación en una situación similar en el futuro. Incluso de la peor decisión pueden obtenerse algunas lecciones.

CASO A CONSIDERAR

Al Sr. J., de 79 años de edad, se le diagnosticó un cáncer de hígado raro. El oncólogo informa al Sr. J., que a pesar de que está dispuesto a intentar un ciclo de quimioterapia, el tratamiento no servirá más que para prolongar la vida durante unos pocos meses para este tipo de cáncer agresivo. El Sr. J., y su esposa de 66 años de edad están desolados por esta información y buscan ayuda en Internet. Leen testimonios de pacientes que han tenido cáncer de hígado similar cuyas vidas supuestamente se alargaron durante varios años con un tratamiento alternativo ofrecido por un hospital en Alemania. Se ponen en contacto con el hospital y saben que el Sr. J., es candidato para su tratamiento, que consiste en 2 semanas de estancia en el hospital en Alemania cada 2 meses. Cada una de las hospitalizaciones cuesta 25 000 dólares más los gastos de viaje de la pareja. La pareja no tiene ahorros pero es dueña de una casa muy modesta; no tienen hijos.

La pareja discute esta opción con el oncólogo, que descarta el tratamiento alternativo argumentando que «su tiempo y dinero estarían mejor invertidos en disfrutar del tiempo que les queda juntos y hacer los preparativos para el deterioro de la salud del Sr. J., y su muerte». A pesar de que el médico lo desaconseja, el Sr. J., quiere hipotecar la casa para pagar el tratamiento alternativo. La Sra. J., quiere ayudar a su marido a prolongar su vida, pero le preocupa enfrentarse a la posibilidad de perder su casa o tener que pagar la hipoteca con su cheque de seguro social limitado mucho después de la muerte del Sr. J., Ella no se siente cómoda con la idea, pero le parece que si expresa sus preocupaciones, su marido, sus amigos y la familia criticarán su indiferencia ante la salud de él.

PENSAMIENTO CRÍTICO

- ¿Tiene del Sr. J., el derecho de agotar los recursos de la pareja para un tratamiento cuestionable que sólo prolongará su vida durante unos pocos meses?
- ¿Tiene la Sra. J., el derecho de oponerse a este plan?
- ¿Tiene el médico del Sr. J., el derecho de acabar con la esperanza de él?
- ¿Cómo podría ayudarse a la pareja?

RECUADRO 9-3 Ayuda a las personas mayores en la toma de decisiones

- Verificar que la persona es competente para tomar decisiones. Incluso si no tiene un diagnóstico (p. ej., demencia) que pudiera interferir con la toma de decisiones, el estrés de una hospitalización y los efectos de los medicamentos u

otros tratamientos podrían alterar su capacidad mental para tomar decisiones competentes. Evaluar las alteraciones en el estado mental que podrían influir en la competencia para la toma de decisiones. Si la competencia está en duda, consultar con el trabajador social de la organización u otro profesional para que tenga un tutor debidamente nombrado.

- Documentar la valoración de los factores que influyen en la capacidad para tomar decisiones, como estado mental, capacidad para expresar las preferencias, estado de ánimo, efectos de los medicamentos e influencia familiar.

Si la persona es competente para tomar decisiones:

- Ofrecer explicaciones e información sobre las opciones de tratamiento para aumentar la comprensión del paciente. Ofrecer incluir a los miembros de la familia u otras personas importantes en la discusión si la persona así lo desea.
- Asegurar que la persona comprende el diagnóstico, el pronóstico, las opciones de tratamiento y los riesgos y beneficios de los diversos tratamientos.
- Animar a la persona para que haga preguntas y exprese cualquier inquietud.
- Si hay preguntas o confusión acerca de los procedimientos para los que se necesita o se ha concedido el consentimiento, solicitar al médico que realizará el procedimiento que discuta el tema con el paciente.
- Verificar que la persona no está obligada a tomar la decisión o que se sienta intimidada para declarar la negativa a dar su consentimiento.
- Reconocer que la capacidad para tomar decisiones competentes puede variar (p. ej., debido a los medicamentos, al dolor) y asegurar que las explicaciones se den y las decisiones se tomen durante momentos de lucidez.
- Documentar todos los resultados de la valoración, las explicaciones dadas, las preferencias y preocupaciones expresadas, además de otros datos relevantes.

CONCEPTO CLAVE

Cuando se enfrentan decisiones éticas, es conveniente tener claro el sistema de valores propio.

Las enfermeras gerontológicas tienen una participación en las cuestiones éticas. ¿Deberían destinarse recursos para un trasplante de corazón a un octogenario? ¿Un hijo rico debería pagar o utilizar los fondos públicos para el cuidado de su padre? ¿Cuánto sacrificio debe soportar una familia para cuidar a un familiar en su casa? ¿Cuánto compromiso pueden aceptar las enfermeras para mantener saneadas las finanzas de su institución? Las enfermeras deben ser participantes activas en el proceso de desarrollo de políticas y prácticas éticamente adecuadas que afectan la atención de las personas mayores. La elección entre ser líder o seguidor en este campo puede determinar de manera significativa la situación futura de la práctica enfermera en gerontología.

LLEVANDO LA INVESTIGACIÓN A LA VIDA

¿POR QUÉ MUERE MÁS GENTE DURANTE LAS ÉPOCAS DE CRECIMIENTO ECONÓMICO?

Stevens, A.H., Miller, D.L., Page, M. & Filiski, M. (2012). Center for Retirement Research, No. 12-8.

Este estudio examinó el impacto del aumento de los niveles de empleo en la mortalidad. Al examinar las muertes adicionales que se produjeron en un año en el que el desempleo cayó 1,1%, el estudio encontró que las personas en edad de trabajar representaban sólo el 9% de las muertes adicionales, mientras que el 75% lo constituían personas mayores de 65 años. Las mujeres mayores solas representaron el 55% del total de muertes adicionales. La mayor parte del aumento de las muertes se produjo entre los residentes de instituciones de adultos mayores.

Los investigadores descubrieron que los cambios continuados de personal en las residencias de adultos mayores contribuyeron al aumento de las tasas de mortalidad de los mayores. Sus análisis revelaron que el 1% de disminución en la tasa de desempleo provocó una caída de más del 3% en el empleo total a tiempo completo en residencias de adultos mayores; es decir, cuando las oportunidades de empleo se hicieron más abundantes, los trabajadores de estos centros los dejaron para obtener mejores puestos de trabajo. El hecho de que la mayoría de los residentes de residencias de ancianos sean mujeres refuerza las altas tasas de mortalidad de este grupo. Se concluyó que la baja dotación de personal puede tener un efecto letal sobre los residentes ancianos. Este estudio demuestra la importancia del reembolso adecuado a las residencias de ancianos que permita ofrecer salarios competitivos para el personal. Sin salarios competitivos, el personal encargado tiene menos probabilidades de permanecer y el volumen de servicios resultante y los patrones de bajas de personal tienen efectos nefastos. Al considerar la no maleficencia, también deben tenerse en cuenta la defensa de promociones o ascensos, un pago adecuado y una adecuada dotación de personal.

REALIDADES PRÁCTICAS

Un grupo de acción ciudadana preocupado por los impuestos está elaborando una lista de recomendaciones para entregarla a sus representantes en el Congreso. Entre las recomendaciones hay una que restringe el reembolso de cirugías costosas por parte de Medicaid y Medicare (p. ej., las prótesis de cadera y los trasplante de órganos) sólo para personas menores de 80 años. La razón es que los fondos limitados se destinen en mayor medida a las personas más jóvenes que tienen más años de esperanza de vida.

A pesar de que se entiende que el dinero para la atención médica es limitado y de que se aprecia el impacto de las crecientes cargas fiscales, la enfermera gerontológica tiene la responsabilidad de defender los derechos de los mayores para tener los mismos servicios disponibles que otros grupos etarios.

¿Cómo reaccionaría ante el grupo de ciudadanos?

EJERCICIOS DE PENSAMIENTO CRÍTICO

1. ¿Que factores han influido en su ética personal?
2. Discutir los dilemas que se presentan en las siguientes situaciones:
   - Tener un paciente con una enfermedad terminal e ideación suicida.
   - Recibir la indicación de dar de alta a un paciente porque se venció su seguro medico sabiendo que no está en condiciones de ser egresado.
   - Tener que despedir a un auxiliar de enfermería por problemas de asistencia, a sabiendas de que es el único asalariado en su familia.
   - La solicitud de un grupo de personas de edad de que apoye su propuesta de convertir un parque local en un centro de atención a personas mayores.
   - El conocimiento de que la política propuesta por la aseguradora es de no reembolsar las diálisis ni los trasplantes de órganos a las personas mayores de 75 años de edad.

RECURSOS

American Nurses Association, Center for Ethics and Human Rights http://www.nursingworld.org/ethics
American Society of Bioethics and Humanities http://www.asbh.org

REFERENCIAS

American Society for Bioethics and the Humanities. (2010). *Core competencies for health care ethics consultation* (2nd ed.). Glenview, IL: American Society for Bioethics and the Humanities. Retrieved from http://www.asbh.org

LECTURAS RECOMENDADAS

Las lecturas recomendadas relacionadas con este capítulo pueden encontrarse en el sitio web que acompaña al libro. Visítese **http://thepoint.lww.com/espanol-Eliopoulos8e** para acceder a las lecturas recomendadas y otros recursos adicionales vinculados con este capítulo.

CAPÍTULO 10

Atención continuada en gerontología

RESUMEN DEL CAPÍTULO

Servicios en la atención continuada para los adultos mayores

- Servicios de apoyo y prevención.
- Servicios de ayuda parcial e intermitente.
- Servicios de atención completa y continuada.
- Servicios complementarios y alternativos.

Servicios acordes con las necesidades

Funciones y roles de las enfermeras gerontológicas

OBJETIVOS DE APRENDIZAJE

Después de estudiar este capítulo, el lector será capaz de:

1. Describir los servicios de atención continuada a disposición de la población mayor.
2. Discutir los factores que influyen en la selección de servicios para las personas mayores.
3. Describir los diferentes ámbitos de práctica de las enfermeras gerontológicas.
4. Enumerar las principales competencias de las enfermeras gerontológicas.

CONCEPTOS BÁSICOS

Administración de caso: servicios provistos por enfermeras o trabajadores sociales registrados que valoran las necesidades del individuo a fin de identificar los servicios adecuados; además, lo ayudan a obtenerlos y coordinarlos en la comunidad.

Cuidados: servicios que ofrecen apoyo y cuidados paliativos para los individuos en proceso de morir y sus familias en el hogar o en un ámbito institucional.

Servicios de asistencia vital: cuidado para personas que no requieren el nivel de servicios de una residencia de adultos mayores pero que no pueden realizar por completo los cuidados personales o satisfacer sus necesidades de salud de manera independiente; se refieren a comunidades de asistencia vital, servicios de cuidados a domicilio, cuidados personales y unidades de hospedaje.

Servicios de día para adultos: centros que brindan servicios de salud y sociales por una porción del día a personas con discapacidades moderadas físicas o mentales para dar un respiro a sus cuidadores.

Residencia de ancianos: centro que brinda supervisión y cuidados de enfermería las 24 h a las personas con enfermedades físicas o mentales que no pueden ser atendidas en la comunidad.

Unidades de respiro: servicios para proveer cuidado a corto plazo a las personas de edad avanzada a fin de aliviar a los cuidadores de sus responsabilidades.

Los efectos del envejecimiento de la población están a nuestro alrededor. Los medios de comunicación informan de los crecientes costos de Medicare y de la seguridad social. Los bancos anuncian programas de hipotecas inversas destinados a ayudar a que las personas de edad permanezcan en sus hogares. Una nueva comunidad de jubilados está en construcción. Una gran empresa inicia un programa de cuidados diurnos para los mayores. Se aprueba una ley de lo familiar. Los hospitales locales envían una circular informando a la comunidad de los nuevos servicios para personas de la tercera edad. Una iglesia cercana patrocina un grupo de apoyo para cuidadores.

Incluso si las enfermeras y los estudiantes de enfermería no estuvieran, no se dejaría de notar el impacto de las personas mayores en todos los segmentos de la sociedad. Cada vez somos más conscientes de que los integrantes de este grupo son los principales consumidores de prácticamente todos los servicios de cuidado de la salud. Considérese lo siguiente:

- Un número creciente de estadounidenses está interesado en programas de bienestar que les ayuden a mantenerse jóvenes, activos y saludables.
- Más de un tercio de todos los pacientes quirúrgicos son mayores de 65 años de edad (Centers for Disease Control and Prevention, 2006).
- La prevalencia de problemas de salud mental aumenta con la edad.
- Las enfermedades crónicas se producen a un ritmo cuatro veces mayor en la vejez que en otras edades, y el 80% de los mayores que tiene al menos una enfermedad crónica (Centers for Disease Control and Prevention, 2012).
- Alrededor del 40% de todas las personas mayores pasará algún tiempo en una residencia de adultos mayores durante su vida (Centers for Medicare and Medicaid Services, 2007).
- La mayoría de las camas en los hospitales de cuidados agudos está ocupada por pacientes de edad avanzada.
- Las personas mayores son los usuarios más importantes de los servicios

domiciliarios de salud.

Ya sea que trabajen en residencias de adultos mayores, organizaciones de mantenimiento de la salud (OS), centros de cirugía ambulatoria, programas de cuidados terminales, unidades de rehabilitación o en la práctica privada, las enfermeras están involucradas en la atención gerontológica.

La diversidad de la población de edad avanzada y la complejidad de sus necesidades exigen una amplia gama de cuidados enfermeros. Un proceso de atención continuado que incluya servicios para los adultos mayores ya sean los más independientes, en un extremo, o los más dependientes y enfermos, en el otro, es esencial para satisfacer las necesidades complejas y cambiantes de la población de edad avanzada.

SERVICIOS EN LA ATENCIÓN CONTINUADA PARA LOS ADULTOS MAYORES

La atención continuada consiste en servicios de apoyo y prevención, servicios de ayuda parcial e intermitente y servicios de atención integral continuada (fig 10-1). Este continuo comprende servicios que se proveen en la comunidad, en instituciones o una combinación de ambos. Los servicios complementarios y alternativos también pueden incluirse en la atención continuada.

Para planificar una atención eficaz a las personas mayores, las enfermeras deben estar familiarizadas con los diversos tipos de atención disponibles. De hecho, la visita a varias instituciones a fin de aprender de primera mano acerca de sus servicios puede resultar beneficiosa para la enfermera gerontológica; aunque éstos pueden variar de una zona a otra, en las secciones que siguen se describen algunos ejemplos generales.

Servicios de apoyo y prevención

La mayoría de las personas mayores vive en las comunidades y funcionan con asistencia mínima o informal. Muchas ajustan sus vidas para adaptarse a los cam bios que suelen experimentarse con el envejecimiento; las demandas de atención de algunas son complejas. Las enfermeras tienen el reto de ayudar a los mayores a mantener la independencia, prevenir los riesgos para la salud y el bienestar, establecer estilos de vida significativos y desarrollar estrategias de autocuidado para sus necesidades médicas y de salud.

Los servicios de apoyo y prevención dan soporte a las personas independientes en el mantenimiento de su capacidad de autocuidado para que puedan evitar los problemas físicos, emocionales, sociales y espirituales. En esta categoría de servicios, las enfermeras pueden estar más involucradas en las siguientes funciones:

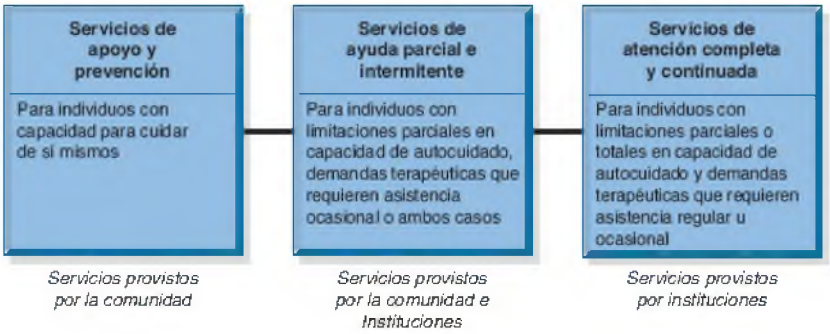


FIGURA 10-1 ■ Continuo de servicios de cuidado para adultos mayores.

- Identificar las necesidades.
- Dirigir a los adultos mayores a los servicios adecuados.
- Establecer y coordinar los servicios.

Los departamentos locales de atención a adultos mayores, las comisiones de asesoría para la jubilación, las bibliotecas y los departamentos de salud suelen proporcionar asistencia a las personas mayores para que conozcan los servicios disponibles. Las enfermeras deben alentarlas a utilizar estos recursos para cualquier pregunta y asistencia necesaria. Las páginas de la guía telefónica también son un recurso útil. Además, en Estados Unidos, la agencia de atención a los individuos mayores mantiene un sitio web que es una puerta de acceso a una amplia gama de información y servicios para ellos y sus familias al que puede accederse a través de http://www.aoa.gov/AoARoot/Elders_Families/index.aspx. Más adelante se describen ejemplos de servicios de apoyo y prevención para los mayores basados en la comunidad.

CONCEPTO CLAVE

Cuando trabajan con las personas mayores de una comunidad, las enfermeras se centran en el mantenimiento de la independencia, la prevención de los riesgos para la salud y el bienestar, el establecimiento de estilos de vida significativos y el desarrollo de estrategias de autocuidado para las necesidades médicas y de salud.

Servicios financieros

La administración de la seguridad social puede ayudar a las personas de edad a obtener pensiones de jubilación o beneficios por incapacidad, seguridad de ingreso complementario y Medicare u otros seguros de salud. La oficina local de dicha administración brinda asistencia directa e información. En Estados Unidos el Departament of Veterans Affairs (VA) proporciona ayuda financiera a la mayoría de los veteranos y sus familias; las personas interesadas deben dirigirse a la oficina local de la VA. Diversas comunidades ofrecen descuentos a las personas mayores en

grandes almacenes, farmacias, teatros, conciertos, restaurantes y servicios de transporte. Las listas de descuentos se obtienen en las oficinas locales de atención a los adultos mayores.

Muchos bancos ofertan cuentas de cheques sin cobrar comisiones y otros servicios especiales para la las personas de estos grupos de edad. Al completar un formulario en su banco, los mayores pueden disponer de sus depósitos de la administración de la seguridad social y del seguro de ingreso complementario en el banco; del mismo modo, los cheques de pensiones pueden depositarse directamente en las cuentas de cheques. Este servicio ahorra a los mayores tener que ir al banco y además previene el riesgo de asaltos. Las hipotecas inversas pueden arreglarse a través de instituciones bancarias para permitir que los propietarios de edad avanzada utilicen el valor de sus casas para permanecer en la comunidad. Es recomendable que las personas mayores exploren los detalles de este tipo de servicios con su institución financiera.

La ayuda financiera está disponible para los gastos de entierro y funerales. Por ejemplo, los veteranos de guerra tienen derecho a algún tipo de asistencia del VA. Además, la administración de la seguridad social ofrece un pequeño pago para gastos de entierro a los que han sido asegurados por el programa. Los mayores pueden ponerse en contacto con las oficinas locales de estas administraciones para obtener información; las administraciones de servicios funerarios también son una buena fuente de información acerca de estos beneficios. Por último, las agencias de servicios sociales y las organizaciones religiosas a menudo brindan asistencia a las personas con fondos insuficientes para pagar los gastos de entierro.

Empleo

Si las personas mayores desean trabajar, las enfermeras pueden remitirlos a los servicios de empleo. En Estados Unidos, los servicios de empleo del Estado y el Over 60 Counseling & Employment Service conducen programas que ofrecen asesoría y plazas laborales. Varios estados también tienen programas de abuelos adoptivos, asociaciones de empresarios de edad avanzada y proyectos de asistentes de edad avanzada. Las oficinas locales de atención a personas mayores pueden dirigirlas a programas de empleo y otras oportunidades en su comunidad.

Alimentación

Los departamentos de servicios sociales dan información acerca de los cupones para ayudar a las personas mayores a comprar alimentos dentro de las limitaciones de su presupuesto. Es posible que también ofrezcan servicios de compras de comestibles y clases de nutrición. Muchos clubes de la tercera edad y organizaciones religiosas tienen programas de almuerzos que combinan la socialización con las comidas nutritivas. La oficina o el departamento de atención a mayores o el departamento de salud pueden dirigirlos a los lugares específicos con este tipo de programas.

Vivienda

Las agencias de servicios sociales locales y los departamentos de desarrollo de la vivienda y la comunidad pueden ayudar a las personas mayores a encontrar una

vivienda digna a un precio asequible. En ocasiones, estos organismos también proporcionan recursos a los dueños de casas antiguas para ayudarlos en su reparación y dan información sobre descuentos de impuestos a la propiedad. Existen diversas comunidades de cuidados continuados para personas retiradas (recuadro 10-1), pueblos, parques de casas móviles y complejos de apartamentos diseñados específicamente para las personas mayores. Algunos de estos complejos de vivienda incluyen patrullajes especiales de seguridad, servicios de transporte, programas de salud, actividades recreativas y adaptaciones arquitectónicas (p. ej., armarios bajos, barras de apoyo en los baños, ventanas entintadas, rampas en lugar de escaleras y timbres de emergencia). Algunas de estas opciones de vivienda requieren un «pago o compra anticipada», una cuota mensual o ambos. La persona mayor que solicita una vivienda para el retiro debe ser advertida de que los hechos son más importantes que las promesas al tomar una decisión. Es esencial realizar una visita al complejo de viviendas y una investigación completa de los beneficios y los costes antes de firmar un compromiso contractual.

Cuidados a la salud

Las enfermeras deben animar a las personas mayores a participar en prácticas preventivas de salud para evitar enfermedades y detectar problemas en una etapa temprana. Los servicios de salud para los mayores los proporcionan los departamentos de salud, las organizaciones sanitarias, los médicos privados y los servicios ambulatorios de los hospitales. Además de los servicios de salud, estos profesionales pueden ayudar a los mayores a conseguir medios de transporte y asistencia financiera para el cuidado de su salud. Las personas mayores deben preguntar acerca de este tipo de servicios en su centro de salud más cercano.

RECUADRO 10-1 Comunidades de cuidados continuados para personas retiradas

Las comunidades de cuidados continuados para retirados (CCCR) ofrecen una serie de servicios en un solo lugar para satisfacer las necesidades cambiantes de los adultos mayores. Por lo general, el individuo paga una cuota de entrada y una mensual, con el compromiso de que la comunidad satisfará sus necesidades durante el resto de su vida. Los contratos pueden variar y consisten en una tarifa fija por servicios ilimitados, una por servicios limitados en tiempo o cargos adicionales en caso de servicios, vida asistida, salud en el hogar o enfermería especializada.

Las personas sanas pueden ingresar y habitar en unidades de viviendas independientes, que pueden consistir en casas unifamiliares, apartamentos o comunidades de vecinos. Los servicios de limpieza, lavandería, alimentación, transporte, actividades sociales y de salud se obtienen con un cargo adicional.

Cuando los individuos necesitan más ayuda de la que reciben pueden proporcionárseles cuidados personales en su propia vivienda o desplazarse hacia el centro de vida asistida o a la sección de la residencia de adultos mayores de la CCCR.

Los ingresos, las condiciones para el reembolso de los gastos de entrada, los costos mensuales, los servicios disponibles y los términos de los contratos difieren entre los CCCR, por lo que es conveniente que los mayores interesados en ellos visiten y comparen varios centros y revisen cuidadosamente los contratos.

Apoyo y actividades sociales

Iglesias, sinagogas y mezquitas constituyen no sólo un lugar de culto sino también una comunidad que puede aportar gran compañerismo, apoyo y asistencia a las personas de todas las edades. Numerosos grupos religiosos cuentan con servicios de salud y sociales, como programas de alimentación, residencias de adulto mayores, visitas a domicilio y ayuda para los quehaceres. En muchos casos, los destinatarios de servicios no necesitan ser miembros del grupo religioso. Un número creciente de comunidades religiosas emplea enfermeras para ayudar en cuidados a la salud y las necesidades sociales de los miembros, por lo que la enfermería comunitaria en centros religiosos es una especialidad floreciente. Debe contactarse a las iglesias y sinagogas individuales o a la organización principal (p. ej., las instituciones judías y católicas de caridad) para obtener información.

También es posible que las oficinas de recreación y otros grupos patrocinen clubes y actividades expresamente para las personas de edad avanzada. Las comisiones locales u oficinas de atención a mayores pueden proporcionar información relacionada con la disponibilidad de este tipo de programas, las actividades, los horarios y las personas de contacto para obtener más detalles. También los capítulos locales de la American Association of Retired Persons (AARP) dan información valiosa sobre servicios que mantienen a las personas mayores activas e independientes, que van desde las actividades creativas durante el tiempo libre en el hogar hasta la posibilidad de realizar viajes. La información sobre las actividades de ocio es sólo uno de los muchos servicios de la AARP. Por último, debe contactarse con museos de arte, bibliotecas, teatros, salas de conciertos, restaurantes y agencias de viajes para obtener información de sus programas especiales para adultos mayores.

Voluntariado

Las enfermeras también pueden animar a los mayores a participar en actividades de voluntariado. La riqueza de conocimientos y experiencia que poseen los hace especialmente adecuados para este tipo de trabajo. Los voluntarios mayores no sólo prestan valiosos servicios a los demás, sino que además pueden lograr una sensación de mayor autoestima por sus contribuciones. Las comunidades ofrecen numerosas oportunidades para voluntarios mayores en hospitales, residencias de adultos mayores, organizaciones, escuelas y otros lugares. Debe estimularse a las personas mayores a preguntar respecto a las oportunidades de voluntariado en las instituciones en las que estén interesados en participar. Con frecuencia, las instituciones que no cuentan con un programa de voluntariado formal utilizan este servicio si se las contacta. Los programas nacionales también incluyen servicios voluntarios importantes en los que las personas mayores pueden participar. La Cruz Roja, el Service Corps of Retired Executives y el Retired and Senior Volunteer Program son unos cuantos de esos programas. Debe consultarse a sus oficinas locales para obtener más detalles.

Educación

Algunas escuelas públicas ofrecen alfabetización, una equivalencia de la escuela secundaria, formación profesional y cursos de interés personal para mayores. Muchas

universidades tienen matrículas gratuitas para ellos. Debe contactarse cada escuela para obtener más detalles.

Asesoría

Los problemas financieros, la necesidad de encontrar un nuevo alojamiento, las relaciones familiares tensas, la viudedad, la adaptación a una enfermedad crónica y la jubilación son algunas de las situaciones que tal vez requieran ayuda profesional. Agencias locales de servicios sociales, organizaciones religiosas y terapeutas privados son algunos de los recursos que ofrecen apoyo.

Oficinas del consumidor

Las personas mayores son víctimas frecuentes de personas sin escrúpulos que se aprovecha al hacer promesas convincentes, aunque no válidas. Es importante que los mayores investiguen las ofertas, los paquetes vacacionales y los esquemas para hacerse rico rápidamente antes de invertir sus fondos. Las oficinas locales del Better Business Bureau (oficinas de transparencia en los negocios) y los organismos de protección al consumidor proporcionan la información necesaria para prevenir fraudes o engaños, y ofrecen asesoría si se presentan problemas.

Servicios legales y fiscales

Las agencias locales de ayuda legal y los servicios de referencia de los colegios de abogados pueden ayudar a las personas mayores a obtener asistencia legal competente a un coste prudente. El servicio de asesoría al contribuyente ayuda a las personas mayores a preparar sus declaraciones de impuestos federales y estatales; debe contactarse a las oficinas locales para obtener información adicional. Es recomendable investigar en varias universidades y facultades de derecho para obtener los servicios jurídicos y fiscales que se ofrecen de manera gratuita a los jubilados.

Transporte

Las personas mayores a menudo tienen descuentos en autobuses, taxis, metro y trenes; debe contactarse a los distintos organismos para más información. Comisiones u oficinas en los departamentos de servicios sociales de atención a mayores, instituciones sanitarias y organismos locales de la Cruz Roja pueden dirigirlos a los servicios habilitados para sillas de ruedas y otras necesidades especiales. Diversos centros de salud y médicos proporcionan transporte para las personas que usan sus servicios; deben investigarse en las instalaciones individuales para obtener los detalles específicos.

Compras desde casa

Es posible que quienes no pueden salir de casa estén geográficamente aislados de los servicios o tengan agendas muy ocupadas encuentren útil realizar sus compras desde el hogar a través de catálogos de pedidos por correo, por televisión o a través de Internet. Las compras por correo tienen una larga tradición y junto con las recientes modalidades de compras por Internet reducen los inconvenientes y los riesgos relacionados con los desplazamientos a un centro comercial, los recorridos por las tiendas, el manejo de grandes sumas de dinero en público y el hecho de llevar

paquetes. Los gastos de envío y manipulación pueden no ser mayores que los de transporte, por no hablar de la energía que se gasta en la compra directa.

Además, muchas bibliotecas tienen un servicio en el que los libros y las cintas pueden solicitarse por correo; las personas mayores deben ser alentadas a preguntar acerca de este tipo de servicios en su localidad. Internet ofrece muchos libros y publicaciones en línea, muchos de los cuales son gratuitos. En Estados Unidos, el servicio postal cuenta con un servicio en el que los sellos pueden pedirse por correo o Internet; también se piden poniéndose en contacto con la estación local de correos o la compañía postal, o visitando www.usps.com.

Servicios de ayuda parcial e intermitente

Estos servicios se dirigen a las personas con una limitación parcial en la capacidad de autocuidado o una demanda terapéutica que requiere ayuda ocasional. Ya sea por el grado de limitación para el autocuidado o la complejidad de la acción terapéutica necesaria, la persona puede estar en riesgo de presentar por primera vez problemas físicos, emocionales y sociales o experimentar deterioro de los existentes si no se le da un poco de ayuda a intervalos periódicos. Estos servicios pueden ser prestados en la comunidad o en entornos institucionales.

Ayuda para las tareas diarias

Las agencias de servicios sociales, los departamentos de salud, las agencias privadas de apoyo a amas de casa y las comunidades religiosas tienen servicios para las personas mayores que les ayudan a permanecer en sus hogares y mantener su independencia. Estos servicios incluyen limpieza del hogar, reparaciones menores, recados y compras. Debe contactarse con las agencias y los programas locales para obtener información específica.

Comidas a domicilio

Quienes no pueden comprar y preparar comidas de forma independiente tal vez se beneficien de recibir comida en sus domicilios. Este servicio no sólo facilita una buena nutrición, también representa una oportunidad para el contacto social. Meals On Wheels es el programa más conocido en Estados Unidos, aunque varios grupos comunitarios ofrecen un servicio similar. Si Meals On Wheels no está disponible en la localidad, debe consultarse con los departamentos de servicios sociales, los servicios de salud o las comisiones u oficinas de apoyo a personas mayores en busca de programas alternativos.

Teleasistencia

Algunos hospitales, residencias de adultos mayores y agencias comerciales ofrecen sistemas de vigilancia domiciliaria, por lo que la persona mayor lleva una pequeña alarma a distancia que puede presionar en caso de una caída u otra emergencia. La alarma se activa en una estación central de control para llamar a las personas de contacto designadas o la policía a fin de ayudar al individuo. Este tipo de servicio puede encontrarse llamando a la oficina local para las personas de edad avanzada o buscando en la guía telefónica bajo denominaciones tales como alarmas médicas.

Un conjunto creciente de tecnologías de telegestión está dando la oportunidad para que los signos vitales, los niveles de glucosa en sangre y otras mediciones fisiológicas puedan comunicarse desde la casa a los profesionales. Los sistemas y sensores de seguimiento permiten a los miembros de la familia o cuidadores vigilar la actividad de los pacientes en sus casas desde la distancia. Dispositivos de audio y video de dos vías hacen posible que los pacientes interactúen con sus proveedores desde sus casas; pueden utilizarse para indicar a los pacientes cuándo tomar medicamentos y realizar otras tareas. Existen sistemas de administración de medicamentos para que los familiares y cuidadores se informen desde otro lugar si un paciente no ha tomado los fármacos en el horario previsto. Una búsqueda por Internet de cuidados a proporcionar en el hogar por la tecnología permitirá encontrar muchos proveedores de estas ayudas.

Apoyo telefónico

Las personas mayores que están confinadas en casa, discapacitadas o solas pueden beneficiarse de un programa de apoyo telefónico. Los que participan en el programa reciben una llamada telefónica diaria —por lo general a un horario acordado— que les proporciona contacto social y se asegura de que están sanos y salvos. Se sugiere consultar a las delegaciones locales de la Cruz Roja u otras agencias de salud o servicios sociales para identificar los programas de apoyo telefónico a los que se puede acudir.

Cuidado de salud en el domicilio

Las enfermeras proporcionan atención a la salud y otras terapias en los hogares de las personas de edad avanzada. Las asociaciones de enfermeras visitadoras tienen una gran reputación en la provisión de cuidados a domicilio y son capaces de ayudar a muchas personas mayores para que permanezcan en sus hogares en lugar de internarse en una institución. Los programas varían y pueden incluir cuidados enfermeros de cabecera, asistencia domiciliaria a la salud, terapia física, educación para la salud, consejería familiar y servicios médicos. Medicare se limita a la atención domiciliaria *especializada*, lo que significa que la persona debe:

- Permanecer en casa.
- Contar con la prescripción de un profesional de atención sanitaria básica.

CONCEPTO CLAVE

Durante la década de 1970 y las siguientes, los servicios de salud en el domicilio crecieron de manera significativa gracias a la promulgación de la Older American's Act y el título XX de la Social Services Act en 1975 que proveen fondos federales para los servicios basados en el hogar y el Federal Health Services Program que subvenciona el establecimiento y expansión de esos servicios. Hacia 1990, los cuidados domiciliarios se convirtieron en el componente de más rápido crecimiento de Medicare y los costos crecientes influyeron para que el Congreso pusiera límites a las prestaciones de atención domiciliaria para los beneficiarios de Medicare como parte de la Balanced Budget Act de 1997. En esta misma época, en un esfuerzo por controlar los costes crecientes de la atención enfermera a domicilio en los presupuestos de Medicaid, los estados comenzaron a desarrollar otros servicios de atención en el hogar como alternativa a la atención prestada por las enfermeras.

En la actualidad, Medicare cubre la atención enfermera especializada, pero no los servicios no

cualificados a largo plazo. Los estados tienen diferentes programas de Medicaid para ayudar en la atención domiciliaria no cualificada; las agencias privadas también ofrecen estos servicios.

Los cambios en el cuidado de la salud a domicilio demuestran el impacto que los fondos gubernamentales pueden tener sobre la disponibilidad de servicios para las personas mayores.

- Requerir enfermería especializada o servicios de rehabilitación.
- Necesitar atención intermitente, no a tiempo completo.

Además de Medicare, VA, Medicaid y los seguros privados reembolsan los servicios de salud a domicilio, aunque las condiciones y la duración de la cobertura varían; debe revisarse la cobertura específica con el asegurador. Estos programas pueden encontrarse a través de los departamentos de salud, en las guías telefónicas o por medio de los trabajadores sociales que ayudan en la planificación del alta del paciente.

Hogares y grupos de acogida

La acogida familiar de las personas mayores y los programas de vivienda en grupo ofrecen servicios a los individuos que son capaces de cuidarse a sí mismos pero que requieren supervisión para protegerlos de lesiones. Es posible que las personas mayores instaladas en estas casas necesiten a alguien para que las guíe en sus activida des de autocuidado (p. ej., les recuerdan que deben bañarse y vestirse, las motivan y les proporcionan una buena nutrición) y para que supervise sus decisiones (p. ej., el manejo de sus finanzas). Fomentar la atención y la vida en grupo puede servir como alternativa a corto o largo plazos a la institucionalización de las personas mayores que no se pueden manejar de forma independiente en la comunidad. El departamento local de servicios sociales puede proporcionar información acerca de estos programas.

Centros de día para adultos

Los programas de cuidado diurno para adultos son un componente cada vez más grande de la atención a largo plazo basada en la comunidad; actualmente ascienden a más de 4600 centros en Estados Unidos (National Adult Day Services Association, 2012). Estos centros brindan servicios sociales y de salud a las personas con discapacidades físicas o mentales moderadas y dan un respiro a sus cuidadores. Los participantes asisten al programa durante una parte del día y disfrutan de un ambiente seguro y terapéutico bajo la supervisión de personal cualificado (fig 10-2). Los programas intentan maximizar la capacidad de autocuidado de los participantes en tanto se previenen nuevas limitaciones. Aunque el objetivo principal es social y recreativo, suele haber un componente de salud en estos programas, como detección de salud, supervisión de la administración de medicamentos y vigilancia de las condiciones de salud. Los períodos de descanso y comidas acompañan las actividades terapéuticas previstas. Por lo general, se ofrece transporte al sitio en vehículos equipados para llevar sillas de ruedas y a personas con otras necesidades especiales.

Además de ayudar a los mayores a prevenir otras limitaciones y la institucionalización, los programas de servicios diurnos son muy beneficiosos para las familias de los participantes. Las familias interesadas en el cuida do de sus

familiares mayores pueden continuar con su estilo de vida habitual (p. ej., conservar su puesto de trabajo y criar a niños pequeños), a sabiendas de que tienen un respiro de sus responsabilidades de cuidado durante una parte del día mientras que la persona mayor se mantiene atendida y segura.

FIGURA 10-2 ■ Los centros de atención diurna para personas mayores proporcionan oportunidades para realizar diversas actividades recreativas.

Los programas de servicios de cuidado diurno para personas mayores son patrocinados por instituciones públicas, organizaciones religiosas y grupos privados; un tercio de ellos es independiente y el resto está afiliado a organizaciones más grandes de padres; cada uno varía en horario, actividades, costes y enfoque del programa. El directorio telefónico local o el servicio de información y referencia, así como la National Adult Day Services Association, pueden proporcionar información de los programas en comunidades específicas.

Tratamiento ambulatorio y programas hospitalarios diurnos

Los programas de tratamiento ambulatorio y tratamiento hospitalario ambulatorio ofrecen servicios sociales y de salud con un enfoque principal en esta última. Ayudan en las actividades de autocuidado (p. ej., bañarse y comer) y las necesidades terapéuticas (p. ej., administración de medicamentos, curación de heridas, terapia física y psicoterapia). Entre los proveedores de servicios afiliados a los programas de tratamiento diurno se encuentran médicos, enfermeras, terapeutas ocupacionales, fisioterapeutas, psicólogos y psiquiatras. Como los programas de servicios diurnos para adultos, los de tratamiento hospitalario o geriátrico suelen proporcionar transporte hacia y desde el programa. Patrocinados por hospitales, residencias de adultos mayores u otras instituciones, estos programas pueden utilizarse como alternativas a la hospitalización y el ingreso a residencias, y es posible que faciliten el alta de estos centros de atención. Muchos de estos programas se centran en el cuidado

de personas con enfermedades psiquiátricas. La comisión u oficina local de atención a mayores puede guiar a las personas a los programas de tratamiento diurno o de tratamiento hospitalario diurno en su comunidad.

Vida asistida

Los complementos asistenciales permiten una vida independiente con servicios especiales que maximizan la capacidad de una persona para su autocuidado. Los términos que se utilizan para describir la vida asistida pueden caer en las categorías de centros residenciales de atención, cuidado personal y hogares de acogida; diferentes estados usan distintas denominaciones reguladoras. La vivienda se ajusta a las necesidades de las personas mayores o con discapacidad (p. ej., puertas anchas, armarios bajos, barras de sujeción en el cuarto de baño y luz de llamada para ayuda). Un guardia, anfitrión o residente vigila y recibe a los visitantes en el vestíbulo. Se proporcionan diversos grados de asistencia para el cuidado personal. Se anima a los residentes a desarrollar sistemas de apoyo mutuo; un ejemplo es un sistema en el que los residentes verifican todas las mañanas si alguien necesita ayuda. Los consejos de vecinos podrán determinar las políticas de la institución. Algunas instalaciones cuentan con un profesional de servicio de salud de guardia o durante ciertas horas; reconociendo que las necesidades de atención de salud específicas en este entorno pueden ser abordadas apropiadamente por enfermeras, la enfermería en comunidades de vida asistida es una especialidad en desarrollo. Es posible que también estén disponibles programas sociales y comidas comunales. Las agencias reguladoras del departamento estatal de salud y la oficina local de vivienda y desarrollo urbano pueden guiar a los interesados a dichas instalaciones.

Cuidados de relevo

Pueden emplearse diversos servicios para aliviar a corto plazo a los cuidadores de sus responsabilidades de cuidado del individuo mayor. Los servicios dependen de la necesidad, el estado del paciente y los fondos. Por ejemplo, los asesores privados de salud en casa/acompañantes o enfermeras pueden contratarse para vivir con la persona mayor o ir de vez en cuando a visitarla mientras el cuidador está ausente; el ingreso durante un corto plazo del paciente en las comunidades de vida asistida o las residencias de adultos mayores puede proporcionar un respiro cuando las demandas de cuidado o las necesidades de supervisión son a tiempo completo.

Servicios de salud y programas de enfermería de centros religiosos

Muchas iglesias y sinagogas tienen programas para ayudar a los mayores y sus cuidadores, como grupos de apoyo, clases de educación para la salud, consejería, servicios de limpieza y asistencia para el mantenimiento del hogar, comidas y visitas de enfermería a domicilio. Muchas enfermeras son voluntarias en estos programas y algunas reciben un pago por cumplir estas funciones. Estos servicios son formas ideales para integrar los servicios de salud con la fe. Dado que los servicios que se ofrecen varían, las enfermeras deben ponerse en contacto con la iglesia o sinagoga del paciente; si el paciente no es miembro de una organización religiosa local que represente su fe, es conveniente darle a conocer la disponibilidad de los servicios.

CONCEPTO CLAVE

La American Nurses Association ha reconocido la enfermería parroquial como una especialidad y en colaboración con la Health Ministries Association publicó la obra *Faith Community Nursing: Scopeand Standards of Practice.*

Administración de atención y de caso

La identificación de las necesidades, la localización y coordinación de servicios, y el mantenimiento de un estilo de vida independiente pueden ser enormes desafíos para las personas mayores con problemas crónicos de salud. En respuesta a estos desafíos se ha desarrollado la administración de atención gerontológica y de caso.

Los administradores de atención y de caso más a menudo son enfermeras o trabajadores sociales certificados que valoran las necesidades de un individuo, identifican los servicios apropiados y lo ayudan a obtenerlos y coordinarlos. Estos servicios incluyen atención médica, servicios de salud en el hogar, programas de socialización, planificación y manejo de las finanzas, y vivienda. Mediante la coordinación de la atención y los servicios, los administradores de atención y de caso ayudan a las personas mayores a permanecer independientes en la comunidad durante el mayor tiempo posible. Los servicios de administración de atención y de caso suelen ofrecer tranquilidad a los familiares que no pueden estar con los miembros mayores de su familia todos los días.

Ya que ha surgido una serie de distinciones, hay una importante diferencia entre la administración de la atención la administración del caso. Ambas disciplinas realizan algún tipo de valoración, elaboran planes, ayudan a las personas a implementar y coordinar los servicios, y evalúan la atención. Sin embargo, la diferencia estriba en que la administración de la atención es una relación a largo plazo que podría perdurar a través de múltiples episodios de atención (p. ej., cuando una familia contrata a un administrador de la atención para que supervise el cuidado de un familiar por un largo plazo), mientras que el administrador del caso suele centrarse en las necesidades durante un episodio específico (p. ej., de la hospitalización a la rehabilitación de una fractura de cadera). La administración del caso se considera un medio para controlar los costes de la atención de salud y puede destacar los servicios para contener los costes; la administración de la atención puede incluir la administración del caso además de servicios no relacionados con el cuidado de la salud.

Los trabajadores sociales, los servicios de información local y referencia, y la National Association of Professionals Geriatric Care Manager (http://www.care-manager.org) pueden ayudar a localizara administradores de atención y de caso.

CONCEPTO CLAVE

La American Nurses Association determinó que las enfermeras profesionales son excelentes administradoras de caso debido a sus conocimientos y formación profesional, su capacidad para ofrecer una atención que incluye componentes físicos y socioculturales, su familiaridad con el proceso de los

servicios de referencia y al paralelismo entre el proceso de cuidados enfermeros y el proceso de administración del caso.

Cuidados terminales

A pesar de que los cuidados terminales aquí lista dos caen dentro de los servicios parciales e intermitentes de atención, también pueden incluirse en los servicios completos y continuados de atención. Esto se debe a que la naturaleza de las necesidades del paciente determina el nivel en que se provee este servicio.

Más que un lugar de atención, el cuidado terminal es una filosofía del cuidado de las personas que se encuentran en proceso de morir. El cuidado terminal brinda apoyo y atención a los pacientes y sus familias. Por lo general, un equipo interdisciplinario ayuda a los pacientes y las familias a satisfacer las necesidades físicas, emocionales, sociales y espirituales. La atención se centra en la calidad de vida restante más que en alargarla. El apoyo al superviviente es también una parte importante de los cuidados terminales. Si bien los programas de cuidados terminales pueden existir dentro de un marco institucional, la mayor parte se proporciona en el hogar. Las aseguradoras varían en cuanto a las condiciones que deben cumplirse para el reembolso de los servicios de cuidados terminales; debe consultarse a las aseguradoras de manera individual para obtener información específica. También puede consultarse con las instituciones de atención médica y servicios sociales para obtener información acerca de los programas de cuidados terminales en la comunidad específica.

Servicios de atención completa y continuada

En el otro extremo del continuo de la atención se encuentran los servicios que proveen asistencia regular o continuada a las personas con alguna limitación en su capacidad de autocuidado y cuyas necesidades terapéuticas requieren supervisión las 24 h por parte de un profesional de la salud.

Atención hospitalaria

La atención hospitalaria de las personas mayores puede ser necesaria cuando los procedimientos diagnósticos y las medidas terapéuticas requieren tecnologías especializadas o monitorización frecuente. Es posible que las personas mayores sean pacientes de prácticamente todos los servicios hospitalarios agudos, excepto, por supuesto, pediatría y obstetricia (y aun en ellos pueden encontrarse como familiares de los pacientes primarios). Aunque el procedimiento diagnóstico o el problema para el que están hospitalizados determinan muchas de sus necesidades de cuidado, algunas medidas básicas pueden mejorar la calidad de la experiencia hospitalaria, como se describe en el recuadro 10-2.

Cada vez más los hospitales establecen servicios especiales para los pacientes mayores, entre ellos los centros de valoración geriátrica, los centros de atención telefónica, las unidades de atención de larga duración y las visitas domiciliarias. Las sociedades médicas locales y las asociaciones de hospitales estatales pueden responder preguntas acerca de hospitales específicos.

Dos cuestiones que las enfermeras gerontológicas deben tener en cuenta con respecto a la atención hospitalaria de los mayores son las estancias breves y el

traslado a los servicios ambulatorios el mismo día para procedimientos que antes habrían requerido hospitalización. Aunque acortar las estancias en el hospital puede ser eficaz en la reducción de los costes y tal vez en la disminución o eliminación de complicaciones inducidas por el hospital, muchos pacientes mayores requieren un tiempo de recuperación más largo que los más jóvenes y es posible que no cuenten con asistencia adecuada en el hogar. Las enfermeras deben valorar la capacidad de los pacientes mayores para cuidarse —la capacidad para obtener y preparar alimentos y para el mantenimiento de sus hogares— antes del alta del paciente y realizar las gestiones para que obtenga la asistencia necesaria. Una llamada telefónica después del alta para comprobar el estado del paciente también es de gran utilidad. (En el cap. 36 puede encontrarse más información de la atención hospitalaria de los pacientes mayores.)

Residencias de ancianos

Las residencias de adultos mayores proporcionan supervisión y atención enfermera las 24 h a las personas que no pueden ser atendidas en la comunidad. En el capítulo 37 se describen estas instalaciones y las responsabilidades relacionadas con la profesión enfermera.

Servicios complementarios y alternativos

Conforme el énfasis en la salud integral y la sensibilización y el interés de la población por las terapias complementarias y alternativas crecen, las personas mayores buscan tipos de servicios nuevos o no convencio nales (fig 10-3). Los ejemplos de servicios complementarios y alternativos incluyen:

- Centros de bienestar y renovación.
- Educación, asesoría y administración del caso por terapeutas alternativos.
- Acupuntura y acupresión.
- Tai chi, yoga y clases de meditación.
- Toques terapéuticos y toques sanadores.
- Prescripciones de plantas medicinales.
- Remedios a base de plantas y homeopáticos.
- Sesiones de imaginación guiada.
- Sonido luz y aromaterapia.

RECUADRO 10-2 Medidas que mejoran la calidad de la atención hospitalaria para las personas mayores

Realizar una valoración exhaustiva. Es frecuente que el diagnóstico del paciente sea la preocupación principal y a veces la única durante la hospitalización. Sin embargo, el paciente al que se está tratado por un infarto de miocardio o una hernia también puede sufrir de depresión, estrés del cuidador, déficit auditivo u otros problemas que afectan de manera significativa su estado de salud. Al aprovechar el contacto con el paciente durante la hospitalización y la realización de la valoración exhaustiva, las enfermeras pueden descubrir los riesgos y problemas que afectan el estado de salud y que no se detectaron antes. Deben explorarse problemas más amplios, distintos de aquellos que motivaron el

ingreso al hospital.

Reconocer las diferencias. Los pacientes mayores no deben ser considerados de la misma manera que los más jóvenes: se utilizan diferentes normas para interpretar las pruebas de laboratorio y los hallazgos clínicos; los signos y síntomas de una enfermedad pueden aparecer de forma atípica; se necesita más tiempo para las actividades de cuidado, y la dosis de los fármacos deben ajustarse a la edad. Es posible que las prioridades de los pacientes de edad avanzada sean distintas de las de pacientes más jóvenes. Las enfermeras deben ser capaces de diferenciar las manifestaciones patológicas normales de las patológicas en los adultos mayores y comprender las modificaciones que deben hacerse en la atención a esta población.

Reducir los riesgos. La experiencia en el hospital puede ser traumática para los pacientes mayores si no se les ofrece una protección especial. Los mayores necesitan más tiempo para recuperarse del estrés; por lo tanto, los procedimientos y las actividades deben planificarse para proporcionar descansos. La alteración en la función de los principales sistemas y la disminución de la inmunidad hacen que las infecciones se desarrollen con más facilidad. La reducción de la capacidad del corazón para manejar grandes cambios en el volumen de líquidos exige una estrecha vigilancia de las pautas de infusión por vía intravenosa. El descenso de la temperatura normal del cuerpo, la ausencia de escalofrío y la disminución de la capacidad para adaptarse a los cambios bruscos de temperatura ambiental demandan que los pacientes de edad avanzada reciban una protección especial contra la hipotermia. Las diferencias en la farmacodinamia y la farmacocinética en las personas mayores alteran su respuesta a los fármacos y aumentan la necesidad de un control estricto de los tratamientos farmacológicos. El ambiente extraño, las deficiencias sensoriales y los efectos de las enfermedades y los medicamentos ocasionan caídas con mayor facilidad y hacen que la prevención de lesiones sea una prioridad. La confusión surge a menudo como signo principal de una complicación, lo que desafía al personal para detectar este trastorno de manera oportuna e identificar su causa. Las enfermeras deben asegurarse de que se toman medidas para reducir los riesgos de los pacientes y reconocer rápidamente cuando se presentan complicaciones.

Mantener y promover la función. Tratar el principal motivo del ingreso suele ser la prioridad durante la hospitalización del paciente. Por ejemplo, la arritmia debe corregirse; las infecciones, controlarse; y las fracturas reducirse. En medio de los procedimientos diagnósticos y las actividades terapéuticas deben considerarse factores que garantizarán el funcionamiento y la independencia óptima del paciente de edad avanzada.

Las enfermeras poseen una amplia gama de conocimientos y habilidades que, cuando se combinan con una preparación adicional en terapias alternativas y complementarias, las convierten en proveedoras ideales de servicios no convencionales. Incluso si no son proveedoras directas de las terapias alternativas, pueden defender los derechos de los mayores a tomar decisiones informadas respecto a su empleo, educarlos sobre los beneficios, riesgos y limitaciones, y ayudarlos a encontrar a profesio nales acreditados. Lo ideal sería que estas terapias se utilizaran conjuntamente con las convencionales en un modelo de atención integral para permitir que los pacientes aprovechen lo mejor de ambos mundos.

PARA REFLEXIONAR

Un número creciente de enfermeras ofrece terapias complementarias en prácticas independientes. ¿Qué tipos de factores deben considerarse al establecer una práctica privada? ¿Qué impide que más enfermeras se conviertan en empresarias independientes?

SERVICIOS ACORDES CON LAS NECESIDADES

Las necesidades de la población que envejece son diversas y múltiples. Además, las

necesidades de un individuo mayor son dinámicas; en otras palabras, fluctúan conforme las capacidades y la vida exigen cambios. Estas condiciones requieren que los cuidados enfermeros en gerontología se planifiquen considerando varios factores:

- *Los servicios deben dirigirse a los factores físicos, emocionales, sociales y espirituales.* Los servicios deben satisfacer las necesidades específicas de la población mayor de una manera holística. Deben planificarse para abordar cualquier problema o necesidad que los mayores son propensos a desarrollar y aplicarse de modo pertinente a las características de este grupo. Por ejemplo, un departamento de salud local interesado en satisfacer las necesidades especiales de las personas mayores podría agregar programas de detección de problemas de audición, visuales, de hipertensión y cáncer a sus servicios existentes. Del mismo modo, una oficina de servicios sociales con gran número de programas para las familias más jóvenes puede decidir que un grupo de apoyo a viudas y servicios de asesoramiento de jubilación son adiciones pertinentes. La consideración de los factores físicos, emocionales, sociales y espirituales es esencial para proveer una atención enfermera integral.

FIGURA 10-3 ■ Cada vez más, los mayores recurren al yoga, la meditación y otras prácticas de salud complementarias.

- *Los servicios deben tener en cuenta las necesidades únicas y cambiantes.* Los cuidados físicos, emocionales, sociales y espirituales se basan en las necesidades del individuo en un momento específico, reconociendo que las prioridades no son fijas. Un individuo mayor puede acudir a un servicio médico ambulatorio para el control de la hipertensión y durante esa visita expresar su preocupación con

respecto a un incremento reciente de la renta. A menos que se obtenga ayuda para proporcionarle ingresos adicionales o un menor costo de la vivienda, los posibles efectos de este problema social, como el estrés y los sacrificios dietéticos, pueden exacerbar su hipertensión. Ignorar las necesidades de determinado servicio social de este individuo puede minimizar la efectividad de los servicios de salud prestados.

- *La atención y los servicios deben ser flexibles.* Tienen que existir oportunidades para que los individuos mayores puedan transitar a lo largo de la atención continuada en función de sus capacidades y limitaciones en diferentes momentos. Tal vez una mujer mayor vive con sus hijos y asiste a un programa recreativo para su edad durante el día. Si esta mujer sufre una fractura de cadera, es posible que precise distintos recursos desde las fases de hospitalización en cuidados intensivos hasta una unidad de reposo para la convalecencia. A medida que su estado mejora y se vuelve más independiente, la paciente se transfiere a otras fases de cuidados en su propia casa o en unidades de atención diurna hasta que recupere la independencia plena.
- *Los servicios deben adaptarse a las necesidades.* Debe practicarse la individualización para que las necesidades específicas de las personas coincidan con los ser vicios concretos. Así como resulta inadecuado suponer que todas las personas con más de 65 años requie ren ingresar en una residencia de adultos mayores, también es inapropiado asumir que todas las personas mayores se beneficiarán de asesoramiento, viviendas tuteladas, comidas a domicilio, atención diurna o cualquier otro servicio. Las capacidades y limitaciones de los adultos mayores y, sobre todo, sus preferencias son únicas y deben valorarse para identificar los servicios más apropiados para ellas.

La lista de Recursos al final del capítulo puede ayudar a enfermeras y estudiantes de enfermería gerontológica a identificar y tal vez promover los servicios para las personas mayores. Se anima a las enfermeras a ponerse en contacto con sus instituciones locales de atención a mayores y a informarse sobre los servicios de referencia dentro de las comunidades específicas.

FUNCIONES Y ROLES DE LAS ENFERMERAS GERONTOLÓGICAS

Debido a que la atención continuada incluye servicios basados en la comunidad, en instituciones o una combinación de ambos, las enfermeras gerontológicas tienen una gran oportunidad para ejercer en muy diversos entornos. Algunos de éstos, como las unidades de cuidados de larga duración y las agencias de atención sanitaria a domicilio, tienen una larga historia de participación de enfermeras. Otros, como los complejos de viviendas y los centros de atención diurna para personas mayores, ofrecen nuevas oportunidades para que demuestren su creatividad y liderazgo.

Aunque las funciones y responsabilidades específicas de las enfermeras pueden diferir enormemente en diferentes contextos, las enfermeras gerontológicas pueden cumplir funciones similares en cualquier entorno (recuadro 10-3). Estas funciones

son variadas, multifacéticas y se dirigen a los siguientes objetivos:

Educar a las personas de todas las edades en las prácticas que promueven una experiencia de envejecimiento positiva.

- Valorar y realizar intervenciones relacionadas con los diagnósticos enfermeros.
- Identificar y reducir los riesgos.
- Promover la capacidad de autocuidado y la independencia.
- Colaborar con otros profesionales de la salud en la prestación de servicios.

RECUADRO 10-3 Funciones de la enfermera gerontológica

Guiar a las personas de todas las edades hacia un proceso de envejecimiento saludable.
Eliminar la discriminación por motivos de edad.
Respetar los derechos de las personas mayores y asegurar que otros lo hagan.
Supervisar y promover la calidad de la prestación de servicios.
Notificar y reducir los riesgos para la salud y el bienestar. Tutorar y apoyar a los cuidadores.
Abrir canales para el crecimiento continuo.
Escuchar y apoyar.
Ofrecer optimismo, ánimo y esperanza.
Generar, apoyar, utilizar, difundir y participar en la investigación.
Implementar medidas de recuperación y rehabilitación.
Coordinar y promover la atención.
Valorar, planificar, implementar y evaluar la atención de manera individualizada e integral.
Ligar los servicios con las necesidades.
Nutrir a las futuras enfermeras gerontológicas para el avance de la especialidad.
Comprender los aspectos físicos, emocionales, sociales y espirituales específicos de cada adulto mayor.
Identificar y fomentar el manejo adecuado de las preocupaciones éticas.
Apoyar y brindar confort durante el proceso de morir.
Educar para promover el autocuidado y la independecia óptima.

- Mantener la salud y la integridad de la familia de quien envejece.
- Promover y proteger los derechos de las personas mayores.
- Promover la aplicación de los principios éticos y las normas en el cuidado de los mayores.
- Ayudar a las personas mayores a afrontar la transición a la muerte con paz, confort y dignidad.

Debido a que la presencia de adultos mayores en diversos centros de atención sanitaria sigue en aumento, será crucial que las enfermeras con preparación gerontológica dominen estos temas. Estas enfermeras deben comprender el envejecimiento normal, las presentaciones singulares y manejo de los problemas de salud geriátricos, la farmacodinámica y farmacocinética en la vejez, los problemas psicológicos, los problemas socioeconómicos, la espiritualidad, la dinámica familiar, los riesgos particulares para la salud y el bienestar, y los recursos disponibles. Al poseer conocimientos y habilidades en gerontología, las enfermeras pueden promover servicios eficientes, eficaces y adecuados de atención a la salud para los mayores en

muy diversos entornos.

RECURSOS GENERALES

Administration on Aging Elder Page
http://www.aoa.gov/AoARoot/Elders_Families/index.aspx
American Association of Retired Persons
http://www.aarp.org
American Geriatrics Society
http://www.americangeriatrics.org
American Health Care Association
http://www.ahca.org
American Holistic Nurses Association
http://www.ahna.org
American Nurses Association Council on Gerontological Nursing
http://www.nursingworld.org
American Society on Aging
http://www.asaging.org
Children of Aging Parents
http://www.caps4caregivers.org
Design for Aging, American Institute of Architects
http://www.aia.org/dfa
The Gerontological Society of America
http://www.geron.org
Gray Panthers
http://www.graypanthers.org
Hispanic Federation
http://www.hispanicfederation.org
National Adult Day Services Association
http://www.nadsa.org
National Association of Area Agencies on Aging
http://www.n4a.org
National Association of Professional Geriatric Care Managers
http://www.caremanager.org
National Caucus and Center on Black Aged, Inc.
http://www.ncba-aged.org
National Center for Complementary and Alternative Medicine
http://www.nccam.nih.gov
National Council on Aging
http://www.ncoa.org
National Eldercare Locator
http://www.eldercare.gov
National Gerontological Nursing Association
http://www.ngna.org
National Hospice and Palliative Care Organization
http://www.nho.org
National Institute on Aging
http://www.nia.nih.gov

LLEVANDO LA INVESTIGACIÓN A LA VIDA

IDENTIFICACIÓN DE LAS DIFERENCIAS DE LOS CUIDADOS ENFERMEROS ENTRE EL HOGAR DEL PACIENTE Y LAS INSTALACIONES HOSPITALARIAS: IMPLICACIONES PARA MEJORAR LA TRANSICIÓN

Corbett, C., Setter, S. M., Daratha, K. B., Neumiller, J. J., & Wood, L. D. (2010). Geriatric Nursing, 31(3), 188–196.

Casi el 20% de todos los pacientes de Medicare reingresa al mes después del alta y la discrepancia en la medicación es un factor que contribuye a ello. Este estudio intenta conocer las discrepancias del tratamiento farmacológico y las prácticas enfermeras para reducirlos. Discrepancia en la medicación se define como la diferencia entre los medicamentos prescritos al alta y los realmente tomados por el paciente.

En este estudio participó un grupo de pacientes, con al menos 50 años de edad, que fueron hospitalizados y dados de alta a los servicios de atención domiciliaria. Los pacientes se asignaron aleatoriamente a dos grupos: de intervención y control. Las enfermeras de atención domiciliaria identificaron las discrepancias de medicamentos. Las discrepancias se dividieron por factores relativos al paciente (p. ej., incumplimiento intencional, intolerancia y obstáculos financieros) y factores del sistema (p. ej., instrucciones de alta incompletas y prescripción sabiendo que el paciente es alérgico).

Casi el 40% de los participantes tenía al menos una discrepancia en el tratamiento farmacológico por causas relacionadas con él mismo; la causa más común fue incumplimiento y falta de adhesión intencionada del paciente. Más del 69% de los participantes tenía discrepancias a nivel del sistema, por factores contribuyentes como instrucciones incompletas o inexactas al alta, información contradictoria de fuentes distintas y duplicación de los medicamentos. En las discrepancias aparecieron todas las clases de medicamentos.

En la transición del hospital al domicilio pueden surgir riesgos importantes y uno habitual es la falta de cumplimiento del plan de farmacoterapia. Pueden surgir complicaciones graves cuando la persona mayor no toma un medicamento prescrito o toma uno inapropiado. Las enfermeras gerontológicas pueden colaborar en la transición de un entorno a otro y asegurar que los mayores reciban una atención segura y efectiva si invierten tiempo en la planificación del alta, que incluye revisar lo apropiado de los tratamientos para los pacientes, ausencia de interacciones y recetas duplicadas; enseñar a los pacientes acerca de los medicamentos recetados; preguntarles acerca de su capacidad para obtener y pagar por las recetas; y alentar los pacientes a expresar cualquier preocupación u objeciones que tengan a sus planes de medicación.

REALIDADES PRÁCTICAS

La Sra. Jiménez, de 81 años de edad, siempre ha sido una mujer independiente. Nunca se casó y no tiene familiares que la sobrevivan, vive sola en una casa grande ubicada en varios acres en una comunidad rural desde hace casi 50 años. No tiene ningún interés en trasladarse porque disfruta del cuidado de su jardín y de la posibilidad de tener mascotas.

Aunque aún es independiente, la Sra. Jiménez no puede moverse como antes y en el último año ha sufrido algunos accidentes menores al conducir hacia la ciudad. Es competente y tiene derecho a permanecer en su casa, pero la enfermera está preocupada por su seguridad y bienestar.

¿Qué puede hacer para ayudar a la Sra. Jiménez? ¿Cómo podrían equilibrarse sus necesidades cambiantes con su deseo de independencia?

EJERCICIOS DE PENSAMIENTO CRÍTICO

1. ¿Cómo defender la posición de que las enfermeras son las administradoras ideales en la atención gerontológica?
2. La señora López es una mujer de 79 años de edad que ingresó a una unidad hospitalaria de atención aguda a causa de una fractura de fémur. El cirujano ortopédico anticipa que la señora López no tendrá problemas para deambular y regresar a la comunidad siempre que tenga éxito en su programa de rehabilitación. Se sabe que vive con la familia de su hijo en una gran área metropolitana. Ella tiene una demencia que requiere supervisión estrecha y recordatorios para acudir al váter, vestirse y comer; sin embargo, con estos recordatorios, es físicamente capaz de realizar actividades de la vida diaria. Con base en esta información, ¿cuáles son los diferentes tipos de servicios que pueden ayudar a la señora López y su familia durante todo el curso de su recuperación?
3. ¿Qué podría hacerse para estimular el desarrollo de servicios para el envejecimiento de las personas en la comunidad? ¿Qué recursos podrían movilizarse para ayudar en este esfuerzo?

RESIDENCIAS DE ANCIANOS

American Association of Homes and Services for the Aging
http://www.aahsa.org
American Association for Long Term Care Nursing
http://www.aaltcn.org
American Nurses Association Council on Nursing Home Nurses
http://www.nursingworld.org
American Public Health Association, Section on Aging and Public Health
http://www.apha.org/membergroups/sections/aphasections/a_ph/
National Association of Directors of Nursing Administration in Long-Term Care
http://www.nadona.org

National Association for Home Care & Hospice
http://www.nahc.org
National Consumer Voice for Quality Long Term Care
http://www.theconsumervoice.org
Visiting Nurse Associations of America
http://www.vnaa.org

CENTROS DE DÍA PARA ANCIANOS

National Adult Day Services Association
http://www.nadsa.org

GRUPOS DE APOYO

Véase los listados de Recursos a lo largo de esta obra para la situación específica.

REFERENCIAS

Centers for Disease Control and Prevention. (2006). *Healthy aging*. Retrieved May 10, 2012 from http://www.cdc.gov/chronicdisease/resources/publications/aag/aging.htm

Centers for Disease Control and Prevention. (2012). *Chronic disease overview*. Retrieved May 15, 2012, from http://www.cdc.gov/nccdphp/overview.htm

Centers for Medicare and Medicaid Services. (2007). *Guide to choosing a nursing home*. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services; also available online at http://www.medicare.gov/Publications/Pubs/pdf/02174.pdf

National Adult Day Services Association. 2012. Overview and Facts. Retrieved May 8, 2012 from http://www.nadsa.org/consumers/overview-and-facts/

LECTURAS RECOMENDADAS

Las lecturas recomendadas relacionadas con este capítulo pueden encontrarse en el sitio web que acompaña al libro. Visítese **http://thepoint.lww.com/espanol-Eliopoulos8e** para acceder a las lecturas recomendadas y otros recursos adicionales vinculados con este capítulo.

CAPÍTULO 11

Autocuidado de la enfermería gerontológica

RESUMEN DEL CAPÍTULO

Características de la enfermera sanadora

- Presencia
- Disponibilidad
- Vínculos
- Modelos de holismo

Autocuidado y nutrición

- Seguimiento de prácticas positivas para el cuidado de la salud
- Fortalecimiento y creación de vínculos
- Compromiso con un proceso dinámico

La enfermería gerontológica es una especialidad dentro de la amplia gama de conocimientos y habilidades enfermeros cuyo objetivo es proveer los servicios necesarios a los adultos mayores. Sin embargo, la provisión de cuidados en-fermeros gerontológicos expertos demanda más que poseer conocimientos y habilidades clínicos. Las enfermeras aportan experiencias de vida y personalidades singulares, lo que influye en su relación con los mayores porque:

- Guían a las personas mayores en su desafiante transición de vida.
- Apoyan a los individuos en esta profunda etapa.
- Calman el dolor físico, emocional y espiritual que con frecuencia afecta a

este frágil sector.

- Proporcionan la atención que facilita al individuo la reincorporación y el equilibrio con su entorno.

OBJETIVOS DE APRENDIZAJE

Después de estudiar este capítulo, el lector será capaz de.

1. Describir las características de la enfermera sanadora.
2. Identificar las estrategias que pueden utilizarse para la nutrición y el autocuidado.

CONCEPTOS BÁSICOS

Curación: facilitar una óptima función física, mental, social y espiritual, así como bienestar.
Holístico: atención de cuerpo, mente y espíritu como un todo.
Presencia: estar completamente comprometido con el otro.

Al ofrecer este nivel de cuidados que la profesión exige, se establecen vínculos «corazón a corazón» que diferencian un trabajo común de la responsabilidad del cuidado y bienestar de otro ser humano. Debido al ineludible nivel de compromiso personal que se exige a las enfermeras gerontológicas, éstas deben cuidarse responsablemente con la finalidad de optimizar su cometido de curación de los pacientes.

CARACTERÍSTICAS DE LA ENFERMERA SANADORA

Las enfermeras no son sólo el personal que hace las tareas rutinarias, también sirven de instrumentos importantes para el proceso de curación de sus pacientes. Si la realización de tareas establecidas fuera todo lo que se necesitara de ellas, los robots podrían fácilmente sustituirlas. Después de todo, ya existe la tecnología que podría permitir que una máquina administre medicamentos, cambie la posición de un paciente, vigile los signos vitales, registre los acontecimientos importantes y realice otras tareas. Sin embargo, la profesión enfermera surgió como un *arte curativo* que se distingue porque quienes la practican ofrecen confort, compasión, apoyo y cuidados, características tan importantes (o quizá más) para la curación de los pacientes como los procedimientos de cuidado. La enfermera sirve como terapeuta cuya interacción ayuda al paciente a recuperar la integridad (es decir, la función óptima y armónica entre cuerpo, mente y espíritu).

Las enfermeras que apoyan el holismo y la curación no se sientan en el banquillo en calidad de observadoras sino que participan activamente en los procesos de

curación de los pacientes. Este nivel de participación es similar al de la profesora de danza que toma al estudiante de la mano y le muestra los pasos correctos en lugar de sólo ofrecer indicaciones desde fuera.

CONCEPTO CLAVE

Las enfermeras se comprometen activamente en la danza de curación del paciente: lo enseñan, guían, aconsejan, alientan y ayudan a través de los distintos pasos.

Las características que permiten a las enfermeras comprometerse como sanadoras para las personas mayores incluyen presencia, disponibilidad y voluntad para construir vínculos, y ser modelos de holismo.

Presencia

La capacidad de estar presente justo en el momento oportuno también distingue a las enfermeras. A pesar de las muchas actividades que suelen cumplir, del «ajetreo» de la práctica clínica diaria y de la lista interminable «de tareas por hacer», las enfermeras son capaces de estar alertas a las distracciones en el contacto con sus enfermos. Cuando están con sus pacientes, están *con* ellos, se comprometen por completo, no dividen su atención. Escuchan activamente lo que éstos dicen —y lo que no dicen— y utilizan todos sus sentidos para detectar sutiles pistas sobre sus necesidades. Incluso si el tiempo dedicado a cada paciente es breve, ese pequeño período pertenece por completo a esa persona.

PARA REFLEXIONAR

Piense en el hecho de que la persona con la que se está hablando parece distraída y apresurada. ¿Cómo podría influir en la calidad de la comunicación?

Disponibilidad

Las enfermeras muestran disponibilidad de cuerpo, mente y espíritu. Proporcionan el tiempo y el espacio para que los pacientes se expresen, exploren y experimenten. «Ése no es mi trabajo» son palabras que rara vez se escucharán por parte de las enfermeras. Por ejemplo, una enfermera de un centro quirúrgico ambulatorio que vigila a un paciente que se recupera de una cirugía de cataratas puede generar la suficiente confianza para enterarse de que su paciente está angustiado al saber que su nieto fue arrestado por posesión de drogas. Una respuesta directa como «no debería preocuparse por eso ahora» da el mensaje de que la enfermera no está abierta para discutir la aflicción del paciente y es muy probable que cierre la puerta a una comunicación sana. Por el contrario, si responde «esto debe de ser muy difícil para usted», podría ser más útil en la transmisión de la apertura y el interés. A pesar de que la enfermera en este último ejemplo pudiera no ser capaz de proporcionar toda la ayuda que el paciente necesita, con la atención mostrada le está brindando un espacio seguro para descargar la ansiedad y ofreciéndole algunas sugerencias de apoyo.

Vínculos

Las enfermeras crean vínculos con sus pacientes. Se comprometen con ellos de una manera significativa que requiere mostrar apertura, respeto, aceptación y una actitud libre de prejuicios. Se obligan a aprender qué hace a cada paciente único e individual: cada viaje de la vida y la historia que ha formado cada uno de ellos. Algunas veces puede ser necesario que las enfermeras ofrezcan puntos de vista de su propio recorrido compartiendo algunos de los episodios de su vida.

CONCEPTO CLAVE

La investigación o indagación sobre las preocupaciones y vivencias de la vida del paciente facilitan el vínculo con éste.

Modelos de holismo

Las enfermeras eficientes son modelos holísticos que comienzan con buenas prácticas de autocuidado. No sólo llevan una dieta adecuada, sino que también hacen ejercicio, descansan apropiadamente y siguen otras prácticas de salud positivas, como estar al pendiente de su bienestar emocional y espiritual. Las excesivas demandas de integridad que las enfermeras se exigen y que las demás personas les piden hacen que su autocuidado sea esencial para el desempeño y desarrollo de cualquier función como trabajadora de la salud.

AUTOCUIDADO Y NUTRICIÓN

La profundidad e intensidad de la relación enfermerapaciente que se produce cuando las enfermeras actúan como sanadoras crea una experiencia muy terapéutica y significativa que refleja la esencia de la profesión. A pesar de que la formación en enfermería ofrece las bases para este nivel de relación curativa, el cuidado personal y la nutrición de la enfermera influyen de modo directo en el potencial que puede desarrollar (fig. 11-1). A continuación se presentan algunas tácticas tanto para el autocuidado como para el fortalecimiento y la construcción de vínculos.

Seguimiento de prácticas positivas para el cuidado de la salud

Como todos los seres humanos, las enfermeras tienen necesidades fisiológicas básicas que incluyen:

- Respiración.
- Circulación.
- Nutrición.
- Hidratación.
- Eliminación.
- Movimiento.

- Descanso.
- Comodidad.
- Inmunidad.
- Seguridad.

FIGURA 11-1 ■ Las enfermeras comprometen su capacidad para cuidar de otros cuando no cuidan de ellas mismas.

Aunque la mayoría de las enfermeras está familiarizada con los requerimientos para cumplir con cada una de estas necesidades (p. ej., dieta adecuada y planes de ejercicio), no aplica estos conocimientos a su vida diaria y como resultado su salud puede verse afectada.

Una revisión periódica de su estado físico puede ser útil para revelar problemas de salud que podrían afectar no sólo la capacidad para proporcionar un servicio óptimo a los pacientes, sino también amenazar su propio bienestar y salud personal. La tabla 11-1 proporciona una guía para realizar esta autoevaluación; será útil que las enfermeras dedicaran unos minutos, buscando un lugar tranquilo, para hacer una revisión minuciosa de su estado de salud.

Tras identificar algún problema, podrán planificar acciones realistas para mejorar la salud. Escribir estas ac ciones en una tarjeta y pegarla en algún lugar visible (p. ej., un armario, un escritorio o un espejo) puede servir de recordatorio constante de las medidas correctivas previstas.

TABLA 11-1 Inventario de hábitos no saludables

Necesidad	Signo/síntoma/hábito no saludable	Causa(s)/factor(es) participante(s)	Acción correctiva
Respiración/circulación			
Nutrición/hidratación			
Eliminación			
Movimiento			
Descanso			
Soledad			
Comodidad			
Inmunidad			
Seguridad			

CONCEPTO CLAVE

La asociación con alguien cercano que pueda ofrecer ayuda, estímulo y un medio ante el cual responsabilizarse puede facilitar los esfuerzos para cumplir con las prácticas de autocuidado.

Fortalecimiento y creación de vínculos

Los seres humanos son seres relacionales que tienen la intención de vivir en comunidad con otros. La riqueza de vínculos que las enfermeras forman en su vida personal es un terreno fértil para crear relaciones significativas con los pacientes. Sin embargo, también pueden establecerse sólo relaciones comunes y corrientes que pueden ser todo un reto. Los principales desafíos que las enfermeras enfrentan incluyen la búsqueda y protección del tiempo y la energía para relacionarse con otros de manera significativa. Como muchos otros profesionales de la salud, es posible que las enfermeras descubran que la inversión de energía física, emocional y mental en un típico día de trabajo las deja con poca reserva para invertir en la consolidación de relaciones con amigos y familiares. Las reacciones ante el estrés derivado del trabajo pueden transmitirse a otras personas significativas, lo que interfiere con las relaciones personales positivas. Para agravar los problemas, la preocupación por el bienestar de los pacientes, la presión de su superior o las horas extras trabajadas pueden dar lugar a un excesivo desgaste y dejar muy poco tiempo y energía para que hagan algo más en sus horas libres, por lo que sus relaciones personales podrían llegar a ser tensas al haberlas dejado desatendidas.

PARA REFLEXIONAR

Enumere cinco personas importantes en su vida. Reflexione sobre la cantidad y calidad de tiempo que proporciona a cada una de ellas y determine si ese tiempo es adecuado para una relación firme.

Relaciones

La distribución de tiempo y energía requiere la misma planificación que se da a cualquier recurso finito. Si se ignora esta realidad se corre el riesgo de sufrir las consecuencias de malas relaciones. Tras reconocer que siempre habrá actividades que compitan por tiempo y energía, las enfermeras deben tomar el control desarrollando

hábitos que reflejen el valor de sus relaciones personales. Esto implica limitar la cantidad de horas extra trabajadas a no más de «x» a la semana y dedicar todos los jueves por la noche para salir a cenar con la familia o los domingos por la tarde para visitar amigos o llamarlos por teléfono. La probabilidad de que las relaciones relevantes reciban la atención necesaria aumentará si expresa estas intenciones a través de políticas personales (p. ej., informando al supervisor de que no va a trabajar más de un turno doble por mes) y compromete este tiempo en su agenda (p. ej., reservar todos los domingos por la tarde para dedicarlos a los amigos).

Espiritualidad

El tiempo y la energía también deben distribuirse para dar tiempo suficiente a la conexión con Dios u otro ser superior. Las bases espirituales permiten a las enfermeras ofrecer comprensión y ayudan a satisfacer las necesidades espirituales de los pacientes. Las enfermeras pueden fomentar su vínculo espiritual mediante la oración, el ayuno, acudiendo a la iglesia o templo, participando en el estudio de la Biblia u otros libros sagrados, o asistiendo a retiros para pasar días de soledad y silencio.

Conexión con uno mismo

La conexión con uno mismo es esencial para el autocuidado y comienza con una autovaloración realista. Algunos ejemplos de tácticas para facilitar este proceso incluyen compartir historias de vida con alguien cercano, llevar un diario, meditar o asistir a retiros.

PARA REFLEXIONAR

¿Qué significado tiene «estar conectado con uno mismo»?

Compartiendo historias de vida

Cada adulto tiene en su haber un «almacén» único y rico en experiencias que ha construido a lo largo de su vida. El intercambio verbal de historias de vida con los demás ayuda a las personas a obtener conocimientos de sí mismo porque pone sus experiencias en perspectiva y les da un significado. Al compartir historias, empieza a darse cuenta de que su vida no es la única que ha atravesado momentos dolorosos o que se ha desarrollado de forma inesperada sin alcanzar el ideal. Escribir la propia historia de vida se convierte en un poderoso medio de reflexión que permite llevar un registro concreto y permanente que puede revisarse y reconsiderarse en cualquier momento a fin de obtener mayor saber en el profundo conocimiento de sí mismo y de los demás. El recuadro 11-1 proporciona algunas ideas de los temas a incluir en una historia de vida. El proceso de compartir historias de vida puede ser particularmente significativo para las enfermeras gerontológicas en su trabajo con los adultos mayores, que a menudo tienen historias de vida muy interesantes que están dispuestos a compartir y ofrecen enriquecedoras lecciones.

Diario personal

Escribir notas personales en un diario puede facilitar la reflexión sobre la propia vida. Estos escritos se diferencian de las historias de vida en que se registran las actividades y pensamientos actuales, en lugar de los anteriores.

RECUADRO 11-1 Sugerencias de temas para que las enfermeras incluyan en sus historias de vida

PERFIL DE LA FAMILIA

- Descripción de padres, hermanos y demás familiares.
- Relación con los miembro de la familia.
- Creencias y prácticas religiosas, culturales y étnicas.

INFANCIA

- Nacimiento: dónde, cuándo, sucesos inusuales.
- Razón por la que le dieron su nombre.
- Escuelas a las que se asistió y recuerdos significativos relacionados con las mismas.
- Amigos: roles jugados en las relaciones.
- Dinámicas familiares.
- Creencias, actitudes y prácticas familiares de salud.
- Experiencias con enfermedades, hospitales y profesionales de la salud.
- Experiencias especiales.
- Experiencias desagradables.
- Actividades religiosas; espiritualidad.

ADOLESCENCIA

- Actividades favoritas.
- Escuelas a las que se asistió y recuerdos significativos. relacionados con las mismas.
- Amigos: rol/posición en los grupos de amigos.
- Experiencias especiales.
- Experiencias desagradables.
- Actividades religiosas; espiritualidad.
- Experiencias con enfermedades, hospitales y profesionales de la salud.
- Factores que motivaron el interés por el estudio de la enfermería.

MADUREZ

- Razones para seleccionar la enfermería sobre otras carreras.
- Experiencias en otros trabajos.
- Educación.
- Cónyuge: cuándo, cómo y dónde se le conoció.
- Sentimientos sobre el matrimonio.
- Lugares donde se ha vivido.
- Dinámicas familiares.
- Amigos: papel en la relación.
- Actividades favoritas, intereses.
- Experiencias especiales.
- Experiencias desagradables.
- Crecimiento espiritual; actividades religiosas.
- Impresiones, desilusión con la profesión de enfermería.
- Objetivos.

- Legado que se desea dejar.

Un relato honesto de los sentimientos, pensamientos, conflictos y comportamientos diarios puede ayudar a aprender acerca de uno mismo y trabajar a través de varios temas.

Meditación

La antigua práctica de la meditación ha ayudado a la gente a resolver los problemas y ganar claridad de dirección durante siglos. Muchas enfermeras encuentran la meditación difícil debido a la naturaleza de su trabajo, que consiste en hacer múltiples tareas. Sin embargo, esta práctica permitiría a las enfermeras mostrar un aspecto óptimo ante sus pacientes.

Existen varias técnicas que pueden usarse para la meditación (recuadro 13-2); las preferencias individuales por las diferentes formas de meditación varían. Algunas personas pueden centrarse en una palabra u oración, mientras que otras tal vez escojan no tener algún pensamiento intencional y estar abiertas a cualquier pensamiento que surja en sus mentes. Los elementos esenciales para cualquier forma de meditación son un ambiente tranquilo y cómodo, y una actitud serena y pasiva. Las respuestas fisiológicas asociadas con la relajación profunda durante la meditación tienen muchos beneficios para la salud (p. ej., mejora de la inmunidad, reducción de la presión arterial e incremento del flujo de sangre periférica). Con frecuencia, los problemas con los que una persona ha estado luchando pueden resolverse a través de la meditación.

Retiros espirituales

Para muchos enfermeros, sobre todo mujeres, tomar unos días de descanso para «no hacer nada» parece un lujo que no pueden permitirse. Después de todo, hay una casa que poner en orden, es necesario hacer las compras y debe trabajarse tiempo extra para reunir dinero y pagarse unas vacaciones. Además de las tareas que compiten por atención y tiempo, es posible que se tenga la idea de que se es egoísta si se invierte tiempo en meditar, reflexionar o acudir a un retiro en lugar de hacer «tareas productivas». Sin embargo, a menos que las enfermeras quieran que sus interacciones con los pacientes sean exclusivamente técnicas (es decir, orientadas a su trabajo), deben tratarse como algo más que máquinas. Sus cuerpos, mentes y espíritus deben restaurarse y renovarse periódicamente para ofrecer una atención integral, y los retiros espirituales son un medio ideal para lograrlo.

El retiro permite «desconectarse» de las actividades normales. Puede ser estructurado o no estructurado, guiado por un líder o autodirigido, en grupo o en solitario. Aunque algunos retiros se realizan en lugares exóticos que ofrecen ambientes ostentosos, no tienen por qué ser lujosos o casos. Sea cual fuere la ubicación o estructura, los elementos clave de la experiencia de retiro incluyen un respiro de las responsabilidades rutinarias; ausencia de distracciones (teléfonos, correos electrónicos, niños y timbres); nadie para cuidar y por tanto preocuparse sólo por sí mismo; y un tranquilo lugar. Durante el retiro, puede dedicarse tiempo a actividades que tal vez ayuden al logro de paz y claridad, como meditar, llevar un

diario, expresarse de forma creativa a través del arte o rezando. Si las circunstancias de vida impiden invertir varios días o incluso uno en un retiro, puede planificarse en el propio hogar, mediante el establecimiento de paz y privacidad (p. ej., enviar a los niños con algún familiar, pedir a los compañeros de piso que salgan una mañana, apagar los teléfonos y ordenadores o colocar un cartel de «no funciona» en el timbre de la puerta) y dedicando tiempo para fortalecer el espíritu. El fortalecimiento que un retiro proporciona al cuerpo físico, emocional y espiritual compensará con creces las obligaciones que se pospusieron.

CONCEPTO CLAVE

Cuando las enfermeras tienen fuertes conexiones con ellas mismas, están en óptima disposición para crear vínculos significativos con los pacientes.

Compromiso con un proceso dinámico

El autocuidado es un proceso continuo que exige una atención activa. Sin embargo, conocer las acciones que apoyen el cuidado personal es sólo el principio. Comprometerse a participar en el autocuidado completa el cuadro. Esto significa poner límites a la cantidad de horas extras trabajadas, unirse a un programa de ejercicio y estar dispuesto a enfrentarse a los difíciles sentimientos que se experimenten durante el proceso de reflexión sobre las experiencias de vida. Cuando se elige «trabajar en uno mismo» puede generarse malestar porque hay que realizar sacrificios y tomar decisiones. No obstante, este trabajo interior contribuye a que las enfermeras lleguen a ser excelentes sanadoras y modelos eficaces en la práctica de la salud con los adultos mayores.

CONCEPTO CLAVE

La vida cambia, al igual que la atención que esta requiere; por lo tanto, el autocuidado es dinámico. Las áreas que parecían estar bajo control pueden repentinamente presentar un problema que exija toda la atención. Las tácticas que mostraron eficacia en el pasado, ahora pueden ser menos eficaces y deben remplazarse.

LLEVANDO LA INVESTIGACIÓN A LA VIDA

LA MEDITACIÓN PRODUCE UN INCREMENTO EN LA DENSI-DAD DE LA MATERIA GRIS EN EL CEREBRO

Hölzel, B. K., Carmody, J., Vangel, M., Congleton, C., Yerramsetti, S. M., Gard, T., & Lazar, S. W. (2011). Psychiatry Research: Neuroimaging, 191(1), 36–43.

En este estudio los investigadores tomaron imágenes de resonancia magnética de los cerebros de 16 participantes antes y después de su

participación en un grupo de meditación. Los participantes asistieron a sesiones semanales que incluían ejercicios de entrenamiento de meditación consciente y recibieron grabaciones de audio para practicar la meditación guiada en casa. Completaron un cuestionario antes y después de participar en el grupo, que medía cinco aspectos de la atención: observar, describir, actuar con conciencia, no hacer juicios de la experiencia anterior ni reaccionar a ella. La toma de imágenes del cerebro y el llenado del cuestionario se realizaron también a un grupo de control que no tuvo la intervención de la meditación.

Las imágenes del cerebro del grupo que meditaba revelaron un aumento de la composición de la materia gris del hipocampo, que es un área del cerebro involucrada en la memoria, el aprendizaje y el control emocional. Los investigadores concluyeron que la meditación podría influir en la mejora de los procesos de aprendizaje y memoria, control de las emociones, perspectiva y otros aspectos de la salud mental. Aunque se requieren más estudios para comprender plenamente el impacto de la meditación en la concentración y la salud mental, esta práctica es digna de consideración porque es de fácil desempeño, no tiene costo económico y puede realizarse en cualquier momento y lugar. Este estudio sugiere que la meditación puede mejorar la salud y la función mentales; por lo tanto, las enfermeras deben considerar la incorporación de la meditación en su rutina diaria como una práctica de autocuidado.

REALIDADES PRÁCTICAS

Se está trabajando con varias enfermeras que son madres solteras y laboran con contratos de media jornada y horas extras para mantener a sus familias. Para satisfacer los requerimientos del trabajo y la familia, a menudo intentan engañar a su propio sueño, sobrecargándose de cafeína y consumiendo comida basura en lugar de comidas saludables. Cuando se les pregunta qué hacen para relajarse y cuidarse, sólo mueven la cabeza y se ríen.

Frente a estas realidades, ¿qué se puede hacer para ayudar a que estas compañeras se comprometan con mejores prácticas de autocuidado?

EJERCICIOS DE PENSAMIENTO CRÍTICO

1. El cuidado del cuerpo, la mente y el espíritu es esencial para alcanzar un óptimo desempeño como enfermera gerontológica integral. ¿Qué significa el cuidado consciente para usted?
2. ¿Qué le impide participar en prácticas de autocuidado? ¿Qué podría hacer para reducir los obstáculos para llevar a cabo el autocuidado?
3. ¿Qué signos, síntomas o hábitos no saludables tiene en su vida? ¿Qué acciones correctivas podría comprometerse a realizar para mejorarlos?
4. ¿Cómo podría incorporar algunos de los elementos de autocuidado que se describen en este capítulo en un programa de salud para los trabajadores con el fin de ayudar a las personas de edad avanzada?

REFERENCIA

American Holistic Nurses Association
http://www.ahna.org

LECTURAS RECOMENDADAS

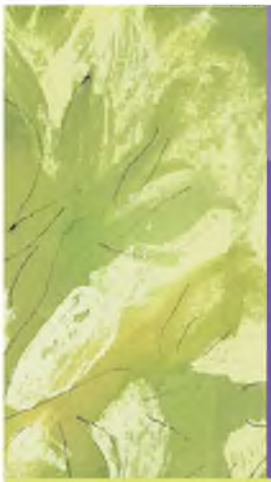
Las lecturas recomendadas relacionadas con este capítulo pueden encontrarse en el sitio web que acompaña al libro. Visítese **http://thepoint.lww.com/espanol-Eliopoulos8e** para acceder a las lecturas recomendadas y otros recursos adicionales vinculados con este capítulo.

UNIDAD 3

Desarrollo de vínculos y gratificación

12 Sexualidad e intimidad

13 Espiritualidad



CAPÍTULO 12

Sexualidad e intimidad

RESUMEN DEL CAPÍTULO

Actitudes hacia el sexo y los adultos mayores

La menopausia como un viaje interior

- Manejo de los síntomas y educación de la paciente.
- Autoaceptación.
- Andropausia.

Realidades del sexo en la edad avanzada

- Comportamiento y roles sexuales.
- Intimidad.
- Cambios relacionados con la edad y respuesta sexual.

Identificación de los obstáculos para la actividad sexual

- Falta de pareja.
- Barreras psicológicas.
- Padecimientos médicos.
- Disfunción eréctil.
- Efectos adversos de los medicamentos.
- Deterioro cognitivo.

Promoción de una función sexual saludable

ACTITUDES HACIA EL SEXO Y LOS ADULTOS MAYORES

Durante muchos años, el sexo fue uno de los mayores tabúes conversacionales. La discusión y educación con respecto a este proceso natural y normal fueron desalentadas y evitadas en la mayoría de los círculos. La bibliografía sobre el tema era mínima y por lo general asegurada bajo llave. El interés por el sexo se consideraba pecaminoso y muy inadecuado. Aunque las personas eran conscientes de que las relaciones sexuales se practicaban más que con fines procreativos, los otros beneficios de esta actividad rara vez se compartían de forma abierta; la sociedad veía la expresión sexual fuera del matrimonio como vergonzosa e indecente. La renuencia a aceptar y enfrentar inteligentemente la sexualidad humana condujo a la propagación de numerosos mitos, la persistencia de la ignorancia y los prejuicios, y la relegación de las relaciones sexuales a un estado vulgar.

OBJETIVOS DE APRENDIZAJE

Después de estudiar este capítulo, el lector será capaz de:

1. Discutir los efectos de las actitudes sociales hacia el sexo y los adultos mayores.
2. Identificar medidas para controlar los síntomas menopáusicos.
3. Explicar los efectos de la edad sobre la sexualidad y la función sexual.
4. Describir los factores que pueden contribuir a la disfunción sexual.
5. Describir las formas en que las enfermeras pueden promover la función sexual saludable en los adultos mayores.

CONCEPTOS BÁSICOS

Andropausia: disminución de los niveles de testosterona relacionada con la edad.
Disfunción eréctil: incapacidad para lograr y mantener una erección del pene para tener relaciones sexuales.
Dispareunia: dolor durante el coito.
Menopausia: cese permanente de la menstruación durante al menos 1 año.
Perimenopausia: varios años antes del inicio de la menopausia.
Posmenopausia: tiempo que comienza 12 meses después del último ciclo menstrual.
Terapia de restitución hormonal: restitución de estrógeno o progestina que el cuerpo ya no produce.

Por fortuna, las actitudes han cambiado con los años y la sexualidad se entiende y aprecia cada vez más. La educación ha ayudado a borrar los misterios del sexo tanto para adultos como para niños y las revistas, los libros, los programas de televisión y los sitios web sobre el tema han proliferado. Cursos, talleres y consejeros ayudan a las personas a obtener un mayor conocimiento y disfrute de la sexualidad. No sólo el

estigma relacionado con el sexo prematrimonial se ha reducido considerablemente, también se ha incrementado la aceptación de la sociedad a un número creciente de parejas que viven sin casarse. El sexo ahora se ve como una experiencia compartida, natural, buena y hermosa.

Sin embargo, «natural», «bueno» y «hermoso» son términos que pocas veces se usan para describir las experiencias sexuales de las personas mayores. Cuando se confronta el tema del sexo en los adultos mayores, reaparecen la ignorancia y los prejuicios en relación con este tema. La educación acerca de la sexualidad en la vejez es mínima; aunque abunda la bibliografía sobre la sexualidad de todos los individuos, la atención sobre esta materia para las personas mayores es mínima. Las señales de interés o los debates abiertos sobre el sexo en las personas mayores a menudo son motivo de burlas, ridiculizaciones o vistos con suspicacia. Los mismos criterios que hacen de un hombre un *playboy* a los 30 años lo convierten un «viejo verde» a los 70. Los jóvenes solteros y los adultos de mediana edad que se entablan en experiencias sexuales placenteras son aceptados, pero los abuelos viudos que buscan el mismo placer a menudo despiertan incredulidad y se les ridiculiza.

PARA REFLEXIONAR

¿Qué tan cómodo se siente al considerar que sus parientes de mayor edad podrían tener una vida sexual activa?

Los mitos acerca de los mayores y el sexo proliferan. ¿Cuántas veces se escucha que las mujeres pierden todo deseo sexual después de la menopausia o que los hombres mayores no pueden lograr una erección, y que las personas mayores no están interesadas en el sexo? El respeto a los adultos mayores como seres vitales y sexuales se reduce al mínimo por la falta de privacidad que se les ofrece; por la falta de credibilidad que se da a su sexualidad; y por la falta de aceptación, respeto y dignidad a su expresión sexual. Los mitos, la ignorancia y la condición vulgar que antes se relacionaban con el sexo en general se han asignado ahora a la sexualidad de la población de más edad. Tales ideas erróneas y los prejuicios son una injusticia para las personas de todas las edades. Refuerzan los temores y la aversión que los jóvenes tienen de envejecer. Imponen la conformidad de los adultos mayores, lo que conduce a que pierdan gratificantes experiencias sexuales o que sufran sentimientos de culpa y anormalidad.

CONCEPTO CLAVE

A menudo la sociedad transmite las mismas actitudes erróneas sobre el sexo entre adultos mayores que se tenían en el pasado respecto al sexo en general.

Una de las consecuencias de los mitos sobre el sexo en la edad avanzada es que los adultos mayores no reciben respeto como seres sexuales. Las enfermeras pueden presenciar faltas de respeto sutiles o burdas con respecto a la identidad sexual de los

adultos mayores, como las siguientes:

- Menospreciar el interés de los adultos mayores en ropa, cosméticos o peinados.
- Vestir a hombres y mujeres de una residencia de ancianos con ropa asexual.
- Rechazar la solicitud de una mujer mayor de una ayudante en lugar de un hombre para bañarla.
- Olvidarse de abrochar botones o cierres, o de sujetar bien la ropa al vestir a las personas de edad.
- Exponer innecesariamente a las personas de edad durante las actividades de exploración o atención.
- Hablar de episodios de incontinencia cuando conocidos de la persona afectada están presentes.
- Hacer caso omiso de la voluntad de un hombre en cuanto a ser aseado y afeitado antes de la visita de alguna amiga.
- Ignorar los intentos de los adultos mayores para sentirse atractivos.
- Bromear sobre el interés o coqueteo entre dos personas mayores.

Estos ejemplos demuestran la falta de comprensión de la importancia de reconocer y respetar la identidad sexual de cualquier individuo, independientemente de su edad. No es raro que una persona de 30 años esté interesada en las últimas tendencias de la moda, que una de 35 tenga citas románticas o que una mujer de 20 años prefiera una ginecóloga. Casi ninguna mujer joven querría ir a una cita si no tiene tiempo para maquillarse, arreglar su cabello y escoger su ropa. Ningún proveedor de cuidado querría entrar en la habitación de un joven de 25 años, desvestirlo rápidamente y bañarlo a la vista de otras personas. Los adultos mayores tienen derecho a la misma dignidad y respeto como seres humanos sexuales que se otorga a las personas de otras edades.

PARA REFLEXIONAR

¿Qué actitud tiene hacia el sexo en los adultos mayores? ¿Qué contribuyó a esta forma de pensar?

Una consecuencia más de los estereotipos hacia el sexo en la edad avanzada es que las cuestiones relacionadas con el sexo seguro entre los adultos mayores a menudo son ignoradas. La incidencia del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (sida) se ha incrementado más del doble en las personas mayores de 50 años que en adultos más jóvenes y esta población constituye más del 30% de los casos con virus de la inmunodeficiencia humana (VIH/sida) en Estados Unidos (Centers for Disease Control and Prevention, 2011). Las personas mayores sexualmente activas que tienen relaciones sexuales con nuevas o múltiples parejas no consideran el uso de un condón porque el embarazo ya no es un riesgo; también pueden tener ideas erróneas sobre las enfermedades de transmisión sexual porque creen que estas enfermedades sólo afectan a personas más jóvenes. Si empiezan a sentir los síntomas o se enteran de que su pareja sexual es VIH-positiva, los adultos mayores pueden sentirse avergonzados

para buscar atención médica; si se presentan con estos síntomas ante el profesional de atención de la salud, es posible que éste no los vincule con el VIH simplemente porque la persona es de edad avanzada (p. ej., la demencia relacionada con el VIH puede diagnosticarse como enfermedad de Alzheimer). Estos factores contribuyen a que el VIH suele diagnosticarse en una etapa tardía en personas mayores. Es importante que las enfermeras refuercen las prácticas de sexo seguro entre las personas mayores y pregunten qué están haciendo para protegerse en sus prácticas sexuales y los factores de riesgo para contraer VIH durante la valoración.

Las enfermeras pueden desempeñar un papel importante en la educación y el asesoramiento sobre la sexualidad en la vejez; pueden fomentar cambios de actitud con su propio ejemplo.

LA MENOPAUSIA COMO UN VIAJE INTERIOR

La menopausia, el cese permanente de la menstruación durante al menos 1 año, se produce en la mayoría de las mujeres alrededor de la quinta década de la vida. Algunas personas consideran la menopausia como un tiempo de experimentar y manejar los cambios hormonales. De hecho, en cierta medida, la menopausia ha sido «medicalizada» porque se considera un problema o padecimiento que debe tratarse. Aunque hay preocupaciones fisiológicas reales por considerar, la menopausia es más amplia que una experiencia fisiológica. Es un momento de transición importante en la vida de una mujer que puede dar lugar al despertar de un nuevo concepto de cuerpo, mente y espíritu. En el momento en que la mujer promedio llega a la menopausia, tiene una gran experiencia de vida que le ha permitido adquirir una sabiduría especial. Muchas culturas honran la sabiduría obtenida a través de años de vida y buscan la guía de los adultos mayores. Por desgracia, la sociedad occidental tiende a apreciar la belleza física de la juventud sobre la belle-za interior de la edad. Las mujeres en sus cincuenta, sesenta y más pueden sentirse poco atractivas, poco apreciadas y, como resultado, subutilizadas.

CONCEPTO CLAVE

La menopausia marca la entrada en una nueva etapa de la vida, caracterizada por la sabiduría y el apego.

Con la generación de los *baby boomers* —que están redefiniendo las normas del envejecimiento— que experimentan o están a punto de experimentar la menopausia, está emergiendo una visión más clara de la misma. Esta generación de mujeres activas y asertivas no quiere limitarse a los roles limitados por las características físicas. Desean y exigen que sus talentos sean utilizados porque cuentan con la capacidad para seguir creciendo. La admiración y la sabiduría de la edad pueden recibir un lugar de merecida importancia.

Manejo de los síntomas y educación de la paciente

El manejo eficaz de los aspectos físicos de la menopausia puede permitir que las mujeres experimenten esta etapa de la vida como un paso positivo y no como un período preocupante. Las enfermeras gerontológicas pueden apoyar a las mujeres mayores estando bien documentadas sobre la menopausia y ayudándolas a diferenciar entre mitos y realidades acerca de esta transición de vida.

La menopausia se produce cuando los niveles de estrógeno disminuyen y el número reducido de folículos ováricos pierde su capacidad para responder a la estimulación de la hormona gonadotrópica. Antes de la menopausia, la principal fuente de estrógeno es el estradiol, el cual se produce en los ovarios. Cuando esta función de los ovarios disminuye, la mayoría de los estrógenos se obtiene a través de la conversión de androstendiona en estrona en la piel y el tejido adiposo. Múltiples factores pueden causar que los niveles de estrógeno varíen entre las mujeres posmenopáusicas. El recuadro 12-1 enumera los síntomas que pueden relacionarse con la pérdida de estrógeno.

Desde hace mucho tiempo se sabe que la terapia hormonal puede reducir los síntomas derivados de la menopausia; sin embargo, existen menos certezas sobre los riesgos y beneficios para diversas mujeres. En 1991, los National Institutes of Health (NIH) lanzaron la *Women's Health Initiative*, que estudió los efectos de las hormonas en más de 27 000 mujeres. En 2002, los NIH detuvieron la parte del estudio en la que las mujeres recibieron estrógeno y progestina a causa de hallazgo de que estas mujeres experimentaron mayores riesgos cardíacos; la parte del estudio en la que las mujeres sólo recibieron estrógenos continuó. Preocupadas por los riesgos, muchas mujeres interrumpieron la terapia de restitución hormonal (TRH) cuando se anunciaron los resultados del estudio. No obstante, poco después resultados adicionales de la investigación sugirieron que las mujeres que comenzaron la TRH dentro de los primeros 10 años de la menopausia parecían tener un menor riesgo de ataque cardíaco y cáncer de mama, mientras que las mujeres que empezaron a tomar hormonas 10 años o más después de la menopausia tenían un riesgo significativamente mayor de problemas cardíacos; estos hallazgos sugieren que la edad en que se inicia la terapia es relevante para los riesgos (Rossouw y cols., 2007). Aunque el estudio mostró que el estrógeno puede proteger el corazón de las mujeres más jóvenes y reducir los riesgos de diabetes, fractura de cadera y cáncer de colon, también reveló que las hormonas incrementan el riesgo de otros problemas, como coágulos sanguíneos y accidentes cerebrovasculares. Aunque las mujeres pueden sentirse seguras de que el uso de hormonas para tratar los síntomas de la menopausia no incrementará el riesgo de enfermedades cardiovasculares, no es aconsejable extrapolar esta información para establecer que las mujeres deben tomar hormonas para prevenir enfermedades cardíacas.

RECUADRO 12-1 Síntomas relacionados con la menopausia

SÍNTOMAS FÍSICOS

- Destellos en la visión.
- Fatiga.

- Migrañas de nuevo inicio.
- Síntomas de artritis, fibromialgia.
- Palpitaciones, angina atípica.
- Síndrome de piernas inquietas.
- Sequedad vaginal, prurito.
- Pérdida de grasa subcutánea en labios vulvares.
- Insomnio.
- Disminución de la tasa metabólica, aumento de peso.
- Aumento de la grasa en caderas y estómago.
- Síntomas de vías urinarias (frecuencia urinaria, incontinencia por esfuerzo, urgencia y micción por la noche).
- Infecciones vesicales y vaginales frecuentes.
- Incremento del riesgo de osteoporosis, cardiopatías y cáncer de colon.

SÍNTOMAS EMOCIONALES/COGNITIVOS

- Mal humor.
- Depresión.
- Problemas de memoria.
- Pensamiento difuso.
- Falta de concentración.
- Baja tolerancia para el enojo.
- Irascibilidad.
- Impaciencia.
- Ansiedad, inquietud, trastorno de pánico de nueva aparición.
- Paranoia, síntomas psicóticos.

CONCEPTO CLAVE

Los beneficios y riesgos de la terapia de restitución hormonal dependen de la edad a la que la mujer la inicia y de su perfil específico de salud.

Actualmente, se recomienda que si el estrógeno se usa para tratar síntomas de la menopausia, se prescriba en la dosis más baja durante un corto período de tiempo y sólo para el tratamiento de los síntomas de moderados a graves y para la prevención de la osteoporosis (los beneficios en la prevención de la osteoporosis se pierden cuando la hormona ya no se utiliza). Está contrain dicado en mujeres con antecedentes de cáncer de mama, cánceres sensibles a estrógeno sospechados o conocidos, arteriopatía coronaria, hipertensión no tratada, enferme dad hepática activa, embolia pulmonar, hemorragia vaginal no diagnosticada o alta sensibilidad a la terapia hormonal. No se recomienda utilizar esta terapia para la prevención de enfermedades cardiovasculares, demencia, depresión u otras enfermedades crónicas (Rouse, 2012).

No se recomienda el empleo de hormonas bioidénticas. No hay evidencia científica de que éstas o muchos de los productos «naturales» a base de plantas sean más seguros o efectivos para los síntomas de la menopausia que la terapia hormonal convencional. (Endocrine Society, 2012). Aunque muchas de las plantas recomendadas para tratar los síntomas menopáusicos carecen de evidencia científica,

un estudio controlado con placebo demostró que un extracto estandarizado de ruibarbo (*Rheum rhaponticum*) reduce de forma significativa los bochornos y otros síntomas de la menopausia (Geller, 2009).

Además de la TRH, existen terapias naturales y alternativas para disminuir los síntomas (recuadro 12-2). La eficacia de estas terapias varía.

Las mujeres en esta etapa de la vida pueden beneficiarse de la educación básica acerca de la menopausia y los métodos para controlar los síntomas. En el recuadro 12-3 se describen algunos temas que podrían incluirse en un programa educativo sobre este tema.

RECUADRO 12-2 Enfoques complementarios y alternativos para controlar los síntomas menopáusicos

- Acupuntura.
- Dieta:
  - Alimentos ricos en estrógenos vegetales: manzanas, frijoles, zanahorias, apio, nueces, semillas, productos de soja (aproximadamente 100 a 160 mg/día de soja para obtener alivio significativo), trigo y todos los cereales enteros.
  - Alimentos ricos en boro para aumentar la retención de estrógenos: espárragos, frijoles, brócoli, col, duraznos, ciruelas, fresas y tomates.
  - Evitar alimentos estimulantes de las suprarrenales: alcohol, cafeína, carbohidratos refinados, sal y azúcar.
- Ejercicio.
- Imaginación.
- Plantas como un extracto estandarizado de ruibarbo *(R. rhaponticum)* y ginseng americanos como tónico general.
- Meditación.
- Remedios homeopáticos:
  - Lubricación vaginal: bryonia.
  - Síntomas generales: amilo nitrosum, natrum muriaticum, sepia y azufre.
- Sueño regular y adecuado.
- Prácticas para el manejo del estrés:
- Tai chi.
- Hidratantes vaginales:
  - Cremas hidratantes vaginales comerciales (p. ej., Replens), geles a base de agua.
  - Ungüentos a base de plantas con raíz de malvavisco (bismalva), caléndula, consuelda, raíz de regaliz y ñame salvaje.
  - Aceite de hierba de San Juan.
- Vitaminas y minerales como calcio, cromo, magnesio, selenio y vitaminas C, D y E.
- Yoga.

Autoaceptación

Las enfermeras pueden ayudar a que las mujeres consideren la menopausia como un momento para hacer un balance y redelinear el curso de su vida. Las emociones y síntomas pueden usarse como mentores que muestran áreas personales que necesitan expresarse. Las mujeres pueden dar rienda suelta a las energías creativas y descubrir nuevos intereses. Es posible que se den cuenta de la importancia de cuidarse y

nutrirse adecuadamente. Ya sea que se trate de su propia maduración o el deseo de no perder el precioso tiempo que queda de vida, los adultos mayores tienden a comprenderse a sí mismos y sus vidas. Las expectativas y apariencias imposibles pueden dejarse a un lado, desatando los aspectos más significativos y creativos de la última parte de la vida. Los individuos mayores pueden vivir en la verdad y el amor con lo que realmente son. Esta autoaceptación puede proporcionar seguridad para ampliar sus perspectivas y propósitos, así como para profundizar en sus relaciones con los demás y con un poder superior.

PARA REFLEXIONAR

¿Ve la menopausia como una época que marca la pérdida de la juventud y la belleza o como el comienzo de un viaje hacia una nueva creatividad y sabiduría? ¿Qué ha influido en su opinión?

Andropausia

Las mujeres no son las únicas que experimentan cambios hormonales con la edad. Algunos hombres presentan una disminución de los niveles de testosterona, conocida como andropausia. Se diferencia de la menopausia en que no se produce en todos los hombres y, cuando ocurre, es un proceso más lento. Cuando los niveles de testosterona caen a niveles bajos, el cuerpo incrementa la producción de hormona folículo estimulante y hormona luteinizante en un esfuerzo para aumentar la testosterona.

Los niveles bajos de testosterona en los hombres mayores pueden resultar en pérdida de masa muscular, energía, fuerza y resistencia. La disfunción eréctil es posible, junto con crecimiento de mamas, osteopenia, osteoporosis y contracción de testículos. También pueden sobrevenir cambios emocionales y cognitivos. Los niveles bajos de testosterona no sólo se relacionan con reducción de la función sexual, sino también con un mayor riesgo de diabetes tipo 2 y enfermedad cardiovascular (Feeley, Saad, Guay y Traish, 2009). Una vez más, es importante reconocer que ésta no es una ocurrencia normal en todos los hombres de edad avanzada.

REALIDADES SOBRE EL SEXO EN EDAD AVANZADA

Desde los trabajos de Kinsey (1948) y Masters y Johnson (1966) ha habido una mínima exploración sobre la realidad del sexo en la personas de edad avanzada. Varios factores han contribuido a esta falta de investigación e información. Uno de ellos es la aceptación y expansión de la sexología que se ha producido en las últimas décadas. Otra es que la impropiedad que antiguamente se vinculó con las discusiones abiertas de sexo. Aún más, existió una idea errónea por parte de muchos profesionales, personas mayores y público en general de que los individuos mayores no se interesan ni son capaces de practicar su sexualidad. Además, los médicos carecían de experiencia sobre el tema y no tenían una inclinación para hablar de sexo con ningún grupo de edad. Incluso hoy, las valoraciones médicas y enfermeras con

frecuencia reflejan que no se interroga respecto a antecedentes y actividad sexual.

RECUADRO 12-3 Temas para incluir en un programa de educación sobre menopausia

- La menopausia es un proceso natural, no una enfermedad. Se caracteriza por la ausencia de períodos menstruales durante al menos 12 meses consecutivos.
- La menopausia es un proceso gradual. La mayoría de las mujeres experimenta la ***perimenopausia*** alrededor de 3 a 6 años antes de la menopausia, cuando los períodos menstruales cesan de forma permanente. Hacia los 40 años de edad, la mayoría de las mujeres comienza a tener períodos irregulares.
- La menopausia es un proceso multihormonal. Además de los estrógenos, la progesterona disminuye, aunque no en una proporción directa. De hecho, algunos de los síntomas relacionados con la menopausia pueden deberse a disminución de progesterona con dominio de estrógeno. Uno de los resultados del dominio del estrógeno sobre la progesterona es el bloqueo de la acción de la hormona tiroidea. Aunque no se produce en todas las mujeres menopáusicas, algunas pueden tener disminución de testosterona, que afecta la libido y el placer sexual. Factores como el estrés y la obesidad afectan la secreción hormonal.
- El estrógeno afecta otras funciones además de las reproductivas. El estrógeno:
  - Aumenta la química de la enzima colina acetiltransferasa necesaria para sintetizar el neurotransmisor acetilcolina (que es esencial para la memoria).
  - Promueve el crecimiento de las espinas dendríticas en las neuronas.
  - Mejora la disponibilidad de neurotransmisores como serotonina, norepinefrina y dopamina.
  - Actúa como un antioxidante que protege las células nerviosas de los radicales libres.
- Muchos de los síntomas físicos, cognitivos y emocionales pueden vincularse con los niveles bajos de estrógeno (recuadro 12-1).
- Deben realizarse pruebas sanguíneas diagnósticas para valorar adecuadamente el estado menopáusico; incluyen: hormona folículo estimulante, hormona luteinizante, estradiol (estrógeno), testosterona y niveles de testosterona libre. Si existe disfunción sexual o libido baja, evaluar la función tiroidea (T_3, T_4, T_4 libre y hormona estimulante de la tiroides), monoaminooxidasa plaquetaria y prolactina.
- La terapia de restitución hormonal (TRH) conlleva a riesgos y beneficios que deben sopesarse para cada paciente.
- Las terapias y prácticas complementarias pueden ayudar a controlar los síntomas dominantes en algunas mujeres (recuadro 12-2).

Las enfermeras deben ser conscientes del reciente interés por la investigación en el ámbito de las relaciones sexuales durante la vejez e informar los resultados de investigación a los colegas y clientes para promover una comprensión más realista de la sexualidad en la población de edad avanzada.

Comportamiento y roles sexuales

La investigación, reforzada por anuncios creativos de medicamentos para la disfunción eréctil, ha desmentido la creencia de que las personas mayores no están interesadas o no son capaces de mantener relaciones sexuales; los adultos mayores pueden disfrutar de la estimulación sexual y el coito. Ya que el patrón general de comportamiento sexual es constante durante toda la vida, las personas desinteresadas en el sexo y que tuvieron pocas relaciones sexuales durante su vida no suelen desarrollar un deseo repentino en la vejez. Del mismo modo, una pareja que ha mantenido interés en el sexo y continúa practicándolo a lo largo de su vida

probablemente no pierda esta actividad a una edad determinada. La homosexualidad, la masturbación, el deseo de diversas parejas sexuales y otros patrones sexuales también persisten durante la vejez. Estilos sexuales, intereses y expresión deben verse en el contexto de la experiencia total del individuo.

Lo mismo ocurre en la identificación de los roles sexuales. Las percepciones de los roles masculinos y femeninos han cambiado con el paso del tiempo. Muchas personas de edad avanzada de hoy fueron dirigidas desde su juventud para aceptar ciertos roles masculinos y femeninos: los individuos mayores crecieron con la expectativa de que los hombres han de ser agresivos, independientes y fuertes, y que las mujeres deben ser bonitas, apacibles y dependientes de sus homólogos masculinos. Los *baby boomers* cambiaron esas opiniones como parte de la liberación femenina en un movimiento que animó a las mujeres a ser independientes y fuertes, y a exigir igualdad de condiciones con los hombres en el hogar y el lugar de trabajo. Además, se integró la aceptación de que los hombres deben compartir las responsabilidades domésticas y la crianza de los hijos, actividades que una vez se consideraron sólo dentro del ámbito de la mujer. El resultado es la diversidad en la identidad del rol sexual y las expectativas entre la población mayor. Tales diferencias, basadas en la socialización y décadas de vida, deben reconocerse y respetarse.

CONCEPTO CLAVE

La sexualidad y el interés sexual en la vejez reflejan los patrones de toda la vida.

Intimidad

La sexualidad es mucho más que el acto físico. Incluye amor, calidez, cuidado y compartir; es ver más allá de las canas, arrugas y otras manifestaciones del envejecimiento; y el íntimo intercambio de palabras y caricias, necesidades esenciales en el ser humano. Sentirse importante y querido por otra persona fomenta la seguridad, el confort y el bienestar emocional (fig. 12-1). Con las múltiples pérdidas que las personas de edad avanzada experimentan, el confort y la satisfacción que se derivan de una relación importante son especialmente satisfactorios.

FIGURA 12-1 ■ Además del contacto físico como medio de expresión, los adultos mayores expresan emocionalmente su sexualidad en relaciones íntimas.

CONCEPTO CLAVE

La sexualidad incluye amor, calidez, cuidado y reciprocidad entre las personas, e identificación con un rol sexual.

Cambios relacionados con la edad y respuesta sexual

A pesar de la habilidad física para permanecer sexualmente activos en la vejez, diversos factores y cambios relacionados con la edad tienen impacto en la función sexual de una persona mayor. Aunque los datos clínicos son mínimos y se requiere investigación adicional, pueden hacerse algunas generalizaciones sobre el sexo en las personas mayores:

- Hay una disminución de la respuesta sexual y una reducción de la frecuencia del orgasmo (Green-berg, 2001; Masters y Johnson, 1981; Sand y Fisher, 2007).
- Los hombres mayores son más lentos para lograr la erección, penetrar y eyacular.
- Las mujeres de edad avanzada pueden experimentar dispareunia (relaciones

sexuales dolorosas) como resultado de menor lubricación, disminución de la distensibilidad y adelgazamiento de las paredes vaginales.

- Muchas de esas mujeres adquieren un nuevo interés en el sexo, tal vez debido a que ya no temen un embarazo no deseado o porque tienen más tiempo y privacidad porque sus hijos ya crecieron y se fueron.

A pesar de las muchas diferencias en intensidad y duración que se producen en las personas mayores, la expresión sexual regular es importante para ambos sexos para promover la capacidad y el mantenimiento de la función sexual. Con buen estado de salud y un compañero disponible, la actividad sexual puede continuar hasta bien entrada la séptima década y aún más. La frecuencia de la actividad sexual puede disminuir, pero no necesariamente se acompaña de reducción del interés o la capacidad sexual.

El trabajo de Masters y Johnson (1966) aportó una importante primera visión de las respuestas sexuales de las personas de edad avanzada. La tabla 12-1 resume sus hallazgos.

IDENTIFICACIÓN DE LOS OBSTÁCULOS PARA LA ACTIVIDAD SEXUAL

Además del impacto de los cambios relacionados con la edad, diversos factores físicos, emocionales y sociales pueden amenazar la capacidad de las personas de edad avanzada para permanecer sexualmente activas (Diagnóstico enfermero 12-2 y Razonamiento del diagnóstico enfermero: disfunción sexual). Una valoración enfermera integral debe incluir antecedentes sexuales del paciente, que puede revelar estos problemas. La Guía de valoración 12-1 ofrece ejemplos de preguntas que pueden incorporarse en la valoración para identificar cuestiones relacionadas con la función sexual. La atención sensible para el mantenimiento de la función e identidad sexuales es importante en la promoción del bienestar.

TABLA 12-1 Ciclo de respuesta sexual en la vejez

Fase	Mujeres mayores	Hombres mayores
Excitación: resultado de la estimulación de cualquier fuente	Misma respuesta del clítoris y erección de los pezones que en mujeres más jóvenes; menos congestión mamaria; el rubor sexual (respuesta vasocongestiva de la piel) se produce con menor frecuencia; hay menos elevación de la tensión muscular en respuesta a la estimulación sexual; a diferencia de las mujeres más jóvenes, labios mayores no se separan, se aplanan y elevan; reducción de la reacción de los labios menores; menos actividad secretora de la glándula de Bartholin; menos lubricación vaginal y expansión de la pared	Toma más tiempo para que la erección se alcance; la erección es menos firme; más dificultad para recuperar la erección en caso de perderla o para mantener la erección antes de la eyaculación; menos rubor sexual; reducción de la vasocongestión escrotal y testicular
Meseta: la tensión sexual se intensifica; si se logra un extremo, se alcanzará el orgasmo; si el nivel de tensión cae, se ingresará a la fase de resolución	Reducción de la intensidad; menor grado de congestión de areolas; disminución de la vasocongestión de los labios; reducción de las secreciones de la glándula de Bartholin; menos elevación del útero; rubor sexual menos intenso	Más lenta; la erección completa puede no ocurrir hasta justo antes de la eyaculación; tensión muscular y rubor sexual menos intensos; retraso y disminución de la elevación testicular
Orgasmo: últimos pocos segundos; liberación de estímulo sexual; aunque el cuerpo entero está involucrado en diversos grados, se concentra principalmente en los genitales	Las contracciones vaginales son las mismas que en la mujer más joven, pero de menor intensidad y duración; ligeramente similares al grado de distensión involuntaria del meato urinario externo	Respuesta similar al hombre más joven, pero más lenta; durante la eyaculación, ocurre más una filtración de semen que una emisión fuerte; menos contracciones eyaculatorias y de menor intensidad; el orgasmo no se produce con cada relación sexual, en especial si es frecuente
Resolución: las tensiones sexuales disminuyen	La erección de los pezones puede continuar durante horas; puede haber síntomas urinarios	Mayor duración; pérdida lenta de la erección en los pezones; rápida detumescencia del pene

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

TABLA 12-2 Envejecimiento y riesgos para la sexualidad

Causas o factores contribuyentes	Diagnóstico enfermero
Arrugas y flacidez de los tejidos; manchas de la edad; canas y pérdida de cabello; articulaciones artríticas; pérdida de tono muscular; alta prevalencia de pérdida de dientes; incremento de la incidencia de enfermedades discapacitantes	Imagen corporal trastornada y disfunción sexual relacionada con alteración de la apariencia
Aumento de la estimulación física necesaria para lograr la erección del pene y la lubricación de la vagina	Disfunción sexual relacionada con preparación inadecuada para el coito
Incremento de la prevalencia de afecciones crónicas discapacitantes	Disfunción sexual relacionada con malestar, enfermedades, preocupación por la salud o restricciones posicionales
Mayor cantidad de mujeres en comparación con hombres de edad avanzada	Disfunción sexual relacionada con falta de disponibilidad de un compañero sexual
Discriminación por edad	Disfunción sexual relacionada con la creencia de que el sexo en la edad avanzada es inadecuado

GUÍA DE VALORACIÓN 12-1
SALUD SEXUAL

ENTREVISTA

Este componente de la valoración se inicia explicando a los adultos mayores que se realizarán algunas preguntas relacionadas con su vida sexual para identificar posibles problemas que podrían resolverse y conocer posibles pa decimientos subyacentes que podrían manifestarse como problemas sexuales. Preguntar al adulto mayor si da su permiso para hacer estas preguntas:

¿Es usted sexualmente activa(o)?

Si la respuesta es *no*, preguntar las razones (p. ej., falta de pareja, energía insuficiente y disfunción eréctil). Con base en la respuesta, preguntar sobre su interés de cambiar la situación para recuperar la actividad sexual y recomendar planes en consecuencia (p. ej., indicar la ubicación de centros para personas mayores, evaluar las posibles causas de la falta de energía y referir a una clínica de disfunción sexual).

Si la respuesta es *sí*, continuar con las siguientes preguntas:

- ¿Con qué frecuencia tiene relaciones sexuales? ¿Esa frecuencia es satisfactoria para usted? Si no, ¿cómo cambiaría la frecuencia de sus relaciones sexuales?
- ¿Tiene relaciones sexuales con una o múltiples parejas? ¿Hombre o mujer?
- Si tiene relaciones sexuales con parejas nuevas, ¿usa condón?
- ¿Obtiene placer en las relaciones sexuales? Si no, ¿por qué?
- ¿Usted o su pareja alguna vez han sido tratados por una infección de transmisión sexual? Si es así, ¿qué enfermedad y cuándo?
- ¿Usted o su pareja tienen factores de riesgo para VIH/sida, como antecedentes de transfusiones sanguíneas, uso de drogas o sexo con prostitutas?
- *Hombre:* ¿Es capaz de lograr una erección cuando desea tener relaciones sexuales? ¿Tiene orgasmos y eyacula cuando tiene relaciones sexuales? Si no es así, describa lo que sucede. ¿Tiene alguna herida o secreción en el pene?
- *Mujer:* ¿El sexo es confortable para usted? Si no es así, describa. ¿Tiene orgasmos? ¿Tiene alguna secreción o sangrado vaginal?
- ¿Está su pareja satisfecha con su vida sexual? Si no, ¿por qué?
- ¿Alguna vez ha sido o está siendo abusado(a) sexualmente? ¿Violada(o)? En caso afirmativo, describa.
- *Si existen malas condiciones de salud o discapacidad:* ¿Cómo han afectado su capacidad para disfrutar del sexo?
- ¿Qué preocupaciones tiene con respecto a su vida sexual?
- ¿Hay alguna pregunta acerca de su función sexual que le gustaría hacer?

PRUEBAS DE LABORATORIO

Una variedad de pruebas de laboratorio ayudan a identificar cambios en los niveles hormonales que pueden afectar la función sexual; incluyen:

- Biometría hemática completa.
- Panel metabólico completo.
- Dihidrotestosterona.
- Estradiol.
- Media de hormona liberadora de gonadotropina.
- Antígeno prostático específico.
- Prolactina sérica.
- Hormona estimulante de la tiroides.
- Testosterona sérica total

MEDICAMENTOS

Una revisión de los medicamentos prescritos y de venta libre utilizados es beneficiosa para identificar su relación con los problemas sexuales. Prestar

especial atención al uso de inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA), alcohol, bloqueadores α-adrenérgicos, ansiolíticos/benzodiazepinas, anticolinérgicos, antidepresivos, antihistamínicos, antihipertensivos, antiparkinsonianos, diuréticos, agonistas de dopamina, inhibidores de la monoaminooxidasa (IMAO), nicotina, fármacos antiinflamatorios no esteroideos, sedantes/hipnóticos o drogas recreativas.

DIAGNÓSTICOS

Revisar los antecedentes médicos que podrían interferir con la función sexual (tabla 12-3).

CONCEPTO CLAVE

La falta de una pareja, la discriminación por edad, los cambios en la imagen corporal, el aburrimiento, los conceptos erróneos, las condiciones físicas, los medicamentos y las alteraciones cognitivas se encuentran entre los factores que pueden interferir con la función sexual en la vejez.

Falta de pareja

Una interferencia práctica con la función sexual en la edad adulta es la falta de una pareja, en particular para las mujeres mayores. Hacia los 65 años de edad sólo hay siete hombres por cada 10 mujeres y hacia los 85 años la relación se convierte en 1:5. Además, los hombres tienden a casarse con mujeres que son más jóvenes que ellos; un tercio de los hombres mayores de 65 años de edad tiene mujeres menores de esa edad. Por lo tanto, los hombres mayores están casados y las mujeres mayores son viudas.

Incluso cuando una persona mayor tiene un cónyuge o pareja, esa persona puede estar demasiado débil o enferma para seguir siendo sexualmente activa y, en algunos casos, puede estar institucionalizada.

Barreras psicológicas

A veces la disfunción sexual tiene causas psicológicas. Las actitudes negativas de la sociedad, el temor de haber perdido la capacidad sexual, problemas con la imagen corporal, problemas de relación y las ideas erróneas que los mayores tienen de sí mismos pueden deteriorar la función sexual.

Los adultos mayores no son inmunes a las actitudes de quienes les rodean. A medida que escuchan comentarios acerca de lo inapropiado que es tener relaciones sexuales siendo adulto mayor y miran los programas de televisión en los que este tipo de relaciones se muestran de manera condescendiente o ridícula pueden llegar a sentir grotesco o poco natural el tener deseos y actividad sexual. El problema se intensifica si sucede que tienen parejas desinteresadas en el sexo y que califican de forma negativa sus intentos. Como las personas mayores toman muy en cuenta las

reacciones de otros, pueden tornarse reacios o incapaces de participar en la actividad sexual y pierden innecesariamente su función sexual. Las enfermeras pueden abogar por los adultos mayores si informan y educan a las personas de todas edades sobre la realidad y la importancia de la función sexual en este período de vida, y se aseguran de que el cuidado enfermero no refuerce estas actitudes negativas.

También ocurren problemas cuando el adulto mayor cree que está perdiendo su capacidad sexual, aun cuando no sea así. No es inusual que en ocasiones los hombres de edad tengan dificultades para lograr una erección; las erecciones también pueden perderse fácilmente si se produce una ligera interrupción (p. ej., el timbre del teléfono o la pareja que abandona la cama para ir al baño). Estos sucesos pueden desencadenar un ciclo de problemas, por el que un solo episodio de impotencia causa ansiedad por la posible pérdida permanente de la función sexual y esta ansiedad interfiere con la capacidad para tener una erección, lo que incrementa aún más la ansiedad. Las personas de edad necesitan explicaciones realistas —de preferencia antes de que la situación se presente— acerca de que la impotencia ocasional no es inusual ni constituye una indicación de que «es demasiado viejo para tener relaciones sexuales». Las discusiones abiertas y la tranquilidad son beneficiosas. La pareja debe ser incluida en este proceso y ser consciente que es de suma importancia tener paciencia y sensibilidad para apoyar a quien lidia con este problema. La pareja debe ser motivada a continuar sus esfuerzos y si la erección a veces es un problema, compensar con otras formas de gratificación sexual. Por supuesto, la impotencia crónica puede indicar una variedad de trastornos y merece una evaluación exhaustiva.

La imagen corporal y la autoestima afectan la actividad sexual. En una sociedad en la que la belleza es sinónimo de juventud, las personas mayores pueden creer que sus arrugas, canas y torsos flácidos las hacen físicamente poco atractivas. Esto puede ser muy difícil para las personas mayores solteras, que deben sufrir el desnudarse frente a nuevas parejas. El miedo a ser poco atractivo o rechazado puede ocasionar que evite encontrarse en este tipo de situaciones y asuma un papel sexualmente inactivo.

Otros factores dificultan el desarrollo de una relación sexual para los solteros de edad avanzada. Las mujeres mayores fueron educadas en una época en la que el sexo sólo era adecuado dentro del matrimonio y, para algunas personas, con el propósito exclusivo de procrear. La idea de buscar satisfacción sexual con una pareja con la que no está casada crea ansiedad y culpa en muchas mujeres mayores. El hombre mayor, que fue educado en un rol dominante, tal vez no haya desarrollado sus habilidades de cortejo si tuvo una relación monógama de muchos años y es posible que se sienta inseguro para seducir a su pareja o para encontrar una que entienda sus preferencias. Para él también puede ser emocionalmente incómodo establecer una relación sexual. Asimismo, es posible que las cuestiones económicas afecten la actividad sexual porque se tiene la preocupación de que el compromiso de una relación o nuevo matrimonio reduzcan los ingresos de su pensión o creen problemas con los bienes compartidos. Los obstáculos para tener nuevas relaciones sexuales pueden ser tan grandes que a muchas personas mayores les resulta más fácil reprimir sus necesidades sexuales.

CONCEPTO CLAVE

Algunos adultos mayores prefieren reprimir sus necesidades sexuales en lugar de enfrentar el estrés relacionado con todo lo que significa crear nuevos vínculos sexuales.

RAZONAMIENTO DEL DIAGNÓSTICO ENFERMERO

DISFUNCIÓN SEXUAL

Generalidades

La disfunción sexual implica un problema en la capacidad para obtener satisfacción sexual. Este trastorno puede identificarse a través del interrogatorio al paciente (p. ej., quejas de impotencia, dispareunia, falta de interés en el sexo, cambios en la relación con la pareja, etc.), hallazgos físicos (infección genital, prolapso uterino y diabetes mellitus) o conductas (depresión, ansiedad y autocrítica). A veces los cambios en la vida de la persona mayor dan indicios de la presencia de problemas de disfunción sexual, como la viudedad reciente, un nuevo problema de salud o mudarse a la casa de los hijos.

Factores causales o contribuyentes

Sequedad y fragilidad del canal vaginal relacionadas con la edad, infecciones, enfermedades venéreas, enfermedades neurológicas, enfermedades cardiovasculares, diabetes mellitus, disminución de la producción hormonal, enfermedad pulmonar, artritis, dolor, prostatitis, prolapso uterino, cistocele, rectocele, medicamentos, comer en exceso, obesidad, fatiga, consumo de alcohol, miedo de enfermar, falta de pareja, aburrimiento con la pareja, miedo al fracaso, culpa, ansiedad, depresión, estrés, autoconcepto negativo, falta de privaci dad, conflictos religiosos y cambio en la imagen corporal.

Objetivo

El paciente expresa satisfacción con la función sexual.

Intervenciones

- Obtener los antecedentes sexuales del adulto mayor. Tener en cuenta disponibilidad y calidad de la relación con la pareja, patrón vitalicio de la función sexual, recientes cambios en la función sexual, signos y síntomas de disfunción sexual, conocimientos y actitudes sobre el sexo, problemas médicos, medicamentos tomados, estado mental, mitos y desinformación, y sentimientos acerca de la disfunción sexual.
- Si la causa de la disfunción sexual no se identifica a través del interrogatorio, referir a la persona mayor para un examen físico completo.
- Identificar los factores causales o contribuyentes a la disfunción sexual y planificar las intervenciones para corregirlos.
- Remitir a un consejero o terapeuta sexual, según sea necesario.
- Esclarecer conceptos erróneos (p. ej., no se pueden tener relaciones sexuales después de un ataque cardíaco).
- Proporcionar educación acerca de la función sexual normal, medidas para promover la función sexual y formas de minimizar el impacto de los problemas de salud. (La American Heart Association, la Artritis Foundation y otras organizaciones específicas proporcionan bibliografía sobre la sexualidad en presencia de enfermedad.)
- Ayudar a la persona mayor a tener una buena apariencia y mejorar su autoestima según sea necesario.
- Asesorar en las prácticas de salud que promuevan la sexualidad, como exámenes ginecológicos regulares, consumo moderado de alcohol, buena dieta y ejercicio.
- Verificar que el personal sanitario está libre de prejuicios sobre la expresión sexual en los adultos mayores.
- Si el adulto mayor está hospitalizado o institucionalizado, facilitar la privacidad para su expresión sexual.

CASO A CONSIDERAR

La Sra. W., de 62 años de edad, quedó viuda hace 8 meses. Es una mujer activa, atractiva y deseable; para romper sus días de soledad se inscribe en un centro local, donde conoce al Sr. R., un apuesto viudo de 75 años. En poco tiempo comienzan a salir y en fecha reciente el Sr. R., pidió a la Sra. W., que pasaran juntos un largo fin de semana en un lugar de vacaciones románticas. El Sr. R., le comentó abiertamente que ha tenido relaciones sexuales frecuentes y que quisiera iniciar una relación sexual con ella durante ese fin de semana. La Sra. W., está interesada en llevar la relación a ese nivel, pero nerviosa por el hecho de que ella y su difunto marido no tuvieron relaciones sexuales los últimos 8 años debido a su mal estado de salud y ahora se pregunta cuánta incomodidad podrá experimentar. Confía esta situación a una amiga enfermera y le expresa su preocupación acerca de tener una nueva pareja sexual después de 50 años, qué reacción podría tener el Sr. R., al ver a su «viejo cuerpo desnudo» y lo que sus hijos o nietos pensarían si supieran que estará fuera de casa un fin de semana.

PENSAMIENTO CRÍTICO

- ¿Qué consejo útil podría ofrecerle su amiga enfermera?
- ¿Cuáles son algunos de los desafíos y riesgos que la Sra. W., tendría que enfrentar?

Las personas casadas de edad avanzada también pueden experimentar problemas con el sexo. No todos los matrimonios lo disfrutan. Algunas mujeres lo practicaron porque era un «deber de esposa», pero nunca obtuvieron satisfacción de esta experiencia íntima. Algunos cónyuges pueden haberse aburrido de la misma pareja o de la forma de practicarlo. Tal vez los cambios físicos o la falta de atención a la apariencia causen insatisfacción en la pareja. El amor y cariño pueden haberse perdido en el matrimonio. El interés sexual puede verse disminuido si uno de sus integrantes es el cuidador o si una discapacidad hace que la pareja sea percibida como sexualmente indeseable. Las parejas mayores experimentan problemas sexuales por casi las mismas razones que las más jóvenes.

Las ideas erróneas a menudo son responsables de la creación de obstáculos para llevar una vida sexual satisfactoria durante la vejez y pueden incluir las siguientes:

- Las erecciones no son posibles después de la prostatectomía.
- La penetración puede ser lesiva para una mujer después de una histerectomía.
- La menopausia elimina el deseo sexual.
- El sexo es malo para una enfermedad cardíaca.
- Después de una fractura de cadera, el coito puede volver a fracturar el hueso.
- La capacidad sexual y el interés se pierden con la edad.

Explicaciones directas y sinceras, así como el apoyo de la educación pública pueden ayudar a corregir estos errores, lo mismo que descripciones realistas de cómo una enfermedad, cirugía o los medicamentos pueden afectar la función sexual.

Padecimientos médicos

Una variedad de alteraciones físicas, muchas de las cuales responden al tratamiento (tabla 12-3), pueden afectar la función sexual en la vejez. Una evaluación completa es crucial para determinar un enfoque realista y ayudar a los adultos mayores con estos problemas. Las intervenciones que son de valor para los jóvenes también pueden beneficiar a las personas mayores, incluidos medicamentos, prótesis de pene,

lubricantes, cirugía y orientación sexual. Las enfermeras deben comunicar a los adultos mayores la importancia de la función sexual y su voluntad de ayudarles a preservar las capacidades sexuales.

Disfunción eréctil

La disfunción eréctil, comúnmente conocida como impotencia, es un trastorno en el que un hombre no es capaz de lograr y mantener una erección del pene lo suficiente para permitirle tener relaciones sexuales. Esta alteración afecta a casi el 35% de los hombres entre las edades de 40 y 70 años, con un aumento de la prevalencia con la edad (Bianco y cols., 2009; Hyde y cols., 2012; Rosing y cols., 2009). La disfunción eréctil puede tener varias causas, como ateroesclerosis, diabetes, hipertensión, esclerosis múltiple, disfunción tiroidea, alcoholismo, insuficiencia renal, anomalías estructurales (p. ej., enfermedad de Peyronie), medicamentos y factores psicológicos. Con la variedad y complejidad de las causas potenciales, un examen físico minucioso es esencial. (Incluso si el hombre mayor no está interesado en ser sexualmente activo, debe ser evaluado para identificar cualquier enfermedad subyacente que requiera atención médica.)

En 1998 se produjo un gran avance en el tratamiento de la disfunción eréctil con la aprobación por la Food and Drug Administration del citrato de sildenafil (Viagra). Durante su primer año en el mercado, se realizaron casi 4 millones de prescripciones de Viagra, lo que demuestra el alcance de la disfunción eréctil y el deseo de los hombres de corregir este problema. Desde entonces, otros fármacos, como tadalafil y vardenafil, están disponibles para tratar esta alteración. Existen otras opciones para tratar la disfunción eréctil, como alprostadil (un medicamento que se inyecta en el pene para incrementar el flujo sanguíneo), bombas de vacío e implantes. Los hombres deben consultar con sus médicos las opciones que son mejores para ellos.

Efectos adversos de los medicamentos

Con frecuencia, los medicamentos prescritos para las personas mayores afectan la potencia, la libido, el orgasmo y la eyaculación. Algunos de estos medicamentos son:

- Inhibidores de la ECA.
- Alcohol.
- Bloqueadores α-adrenérgicos.
- Ansiolíticos/benzodiazepinas.
- Anticolinérgicos.
- Antidepresivos.
- Antihistamínicos.
- Antihipertensivos.
- Antiparkinsonianos.
- Diuréticos.
- Agonistas de dopamina.
- IMAO.

- Nicotina.
- Antiinflamatorios no esteroideos.
- Sedantes/hipnóticos.
- Algunas drogas recreativas.

Es importante concienciar a las personas mayores de los posibles cambios en la función sexual que los fármacos pueden producir. Imagínese lo que hace un pa - ciente con un reciente diagnóstico de hipertensión cuando experimenta la impotencia relacionada con los fár macos y comienza a sentir ansiedad por los cambios repentinos tanto en su estado de salud como en su función sexual. Los medicamentos deben revisarse cuando se produzca una nueva disfunción sexual y, cuando sea posible, deben utilizarse modalidades terapéuticas no farmacológicas para tratar los problemas de salud.

TABLA 12-3 Padecimientos médicos que interfieren con la función sexual

Afección	Problema creado	Tratamiento
Hombres		
Prostatitis	Malestar, interferencia en la eyaculación	Tratamiento de la infección; masaje prostático
Prostatectomía de tipo «abierto»	Trastornos de la función del esfínter interno que causan impotencia	Prótesis de pene
Enfermedad de Peyronie	Dolor, flexión dorsal del pene por cicatrización fibrosa relacionada con procesos inflamatorios	Inyecciones locales de corticoides Cirugía
Infecciones genitales	Dolor, inhibición de la erección, cicatrización que estrecha la salida uretral	Tratamiento de la infección Dilatación quirúrgica de la salida estrecha
Arterioesclerosis	Función celular testicular alterada que conduce a disminución de la hormona sexual masculina	Tratamiento con testosterona
Parkinsonismo	Disminución del interés sexual secundaria a pérdida de potencia	Tratamiento con levodopa
Compresión de la médula por cambios artríticos	Impotencia	La cirugía no puede restaurar la potencia si el arco reflejo está roto definitivamente Prótesis de pene
Mujeres		
Disminución del nivel de estrógenos	Sequedad vaginal excesiva	Estrógenos locales
Virginidad	Himen grueso o grande	Cirugía Dilatación
Infección genital	Incomodidad, picazón	Tratamiento de la infección y la causa subyacente (falta de higiene, hiperglucemia)
Prolapso uterino	Dolor, dificultad para la penetración	Pesario Cirugía
Cistocele	Malestar, goteo de orina	Cirugía
Ambos sexos		
Enfermedades cardiovasculares y respiratorias	Disnea, tos, malestar, miedo a un ataque al corazón o muerte durante el acto sexual, disminución de la libido	Asesoría realista sobre las restricciones necesarias Instrucción en posiciones alternativas para evitar la tensión Sugerir evitar comidas abundantes por varias horas antes, relajarse, planificar la toma de medicamentos para la máxima eficacia durante las relaciones sexuales
Artritis	Movimiento limitado	Instrucción sobre posiciones alternativas
Diabetes mellitus	Infección genital	Tratamiento de la infección
	Falta de erección secundaria a inhibición del sistema nervioso parasimpático	Prótesis de pene
	Ausencia o dificultad para alcanzar el orgasmo	Instrucción en posiciones y formas de expresión sexual alternativas
	Disminución o retraso de la lubricación vaginal	
Accidente cerebrovascular	Disminución de la libido	Asesoría
	Miedo	Instrucción en posiciones alternativas
Alcoholismo	Disminución de la potencia	Orientación y tratamiento para el alcoholismo
	Retraso del orgasmo (mujeres)	

Deterioro cognitivo

El comportamiento sexual de las personas con demencia tiende a ser más difícil para quienes se encuentran a su alrededor que para ellas mismas. Puede surgir un comportamiento inadecuado, como desnudarse y masturbarse en áreas públicas y

tocarse y hacer comentarios sexuales a extraños. La persona con deterioro cognitivo puede acusar a su cónyuge de ser un extraño que intenta compartir la cama y malinterpretar los procedimientos para su cuidado (p. ej., baños o sondaje) como insinuaciones sexuales. En ocasiones tocarlo o decirle frases como «¿ahí está mi amor?» o «¿vas a darme un abrazo?» pueden ser malinterpretados por el enfermo como una invitación para la intimidad sexual. Los familiares y cuidadores deben entender que ésta es una característica normal de la enfermedad en lugar de enfadarse o avergonzarse. Habrá que aprender a manejar las situaciones con naturalidad, por ejemplo, llevando a la persona a un área privada si comenzara a masturbarse o diciéndole «no soy una extraña, soy María, tu esposa».

CONCEPTO CLAVE

Sin querer, los cuidadores pueden hacer comentarios a la persona con deterioro cognitivo que se malinterpretan como cortejo y desencadenan comportamientos sexuales inapropiados.

PROMOCIÓN DE UNA FUNCIÓN SEXUAL SALUDABLE

La enfermera puede fomentar la sexualidad y la intimidad de las personas mayores de diversas formas, algunas de las cuales ya se explicaron. La educación sexual básica puede ayudar a los adultos mayores y las personas de todas las edades a entender los efectos del envejecimiento sobre la sexualidad al proporcionarle un marco realista para su continuo funcionamiento. La enfermera puede enseñar sobre el funcionamiento sexual durante las revisiones de rutina, como parte de lecciones estructuradas de educación sanitaria y durante la planificación del alta hospitalaria al hacer las recomendaciones sobre las capacidades y limitaciones de actividad del paciente.

La buena disposición por parte de la enfermera para hablar abiertamente de sexo con las personas mayores demuestra reconocimiento, aceptación y respeto a su sexualidad. Un interrogatorio acerca de la sexualidad como parte de la valoración enfermera proporciona un excelente contexto para iniciar tales pláticas. La enfermera identifica las barreras físicas, emocionales y sociales que los adultos mayores afrontan sobre la sexualidad e intimidad, y busca soluciones para los problemas, ya sean causados por una deformación quirúrgica, obesidad, depresión, falta de autoestima, fatiga o falta de privacidad. La enfermera también puede promover prácticas que mejoren la función sexual, incluidos ejercicio regular, buena nutrición, consumo limitado de alcohol, descanso suficiente, manejo del estrés, buena higiene y juegos placenteros previos al acto sexual.

CONCEPTO CLAVE

La disposición de la enfermera para hablar de sexo abiertamente con los adultos

mayores demuestra reconocimiento, aceptación y respeto a su sexualidad.

Hay que prestar atención a las necesidades sexuales de las personas mayores en entornos institucionales u hospitalarios. Con demasiada frecuencia parejas ingresadas en la misma instalación no pueden compartir una cama matrimonial y ni siquiera la misma habitación si requieren diferentes niveles de atención. Es antinatural e injusto obligar a una persona a viajar a otra sección de un edificio a visitar a un cónyuge con quien ha compartido íntimamente 40, 50 o 60 años de su vida. En la mayoría de las instituciones hay pocos o ningún lugar donde estos individuos puedan encontrar un sitio para compartir su intimidad, donde no sean interrumpidos o que no estén a la vista de los demás. Las personas mayores en entornos institucionales tienen el derecho a la intimidad que va más allá de un beso. Deberían tener la opción de cerrar y asegurar la puerta, sintiéndose confiados en que esta acción será respetada. No debe hacérseles sentir culpables por sus expresiones de amor y sexualidad. Su sexualidad no debe ser sancionada, evaluada ni interrumpida por otra persona.

La masturbación suele ser beneficiosa para liberar las tensiones sexuales y mantener la función de los genitales. Las enfermeras pueden transmitir su aceptación y comprensión del valor de esta actividad brindando privacidad y una actitud sin prejuicios. Transmitir esta actitud puede evitar que los mayores desarrollen sentimientos de culpa o de anormalidad relacionados con la masturbación.

Además, las enfermeras deben saber que la satisfacción sexual puede tener un significado diferente para las personas mayores que para los jóvenes. Para algunos hombres y mujeres de edad, abrazar, acariciar y tener un intercambio de palabras de amor puede ser tan significativo como el coito o una conversación sexual explícita.

Para los adultos mayores en cualquier contexto, las enfermeras pueden facilitar los vínculos, que son esenciales para las relaciones sexuales. Por desgracia, las relaciones pueden ser más difíciles de crear y mantener en la vejez. El círculo de amigos y familiares disminuye gradualmente con cada año que pasa; las limitaciones de salud y económicas disminuyen la participación en actividades sociales; y la preocupación por las condiciones de salud personal y de los seres queridos estrecha la esfera de intereses. Los riesgos derivados de la disminución del mundo social de los adultos mayores son reales y a menudo importantes; sin embargo, las enfermeras pueden ofrecer intervenciones que los minimicen y compensen. El recuadro 12-4 ofrece sugerencias para ayudar a los adultos mayores a mantener relaciones satisfactorias y saludables.

RECUADRO 12-4 Estrategias para facilitar los vínculos

- *Ayudar al paciente a evaluar sus relaciones actuales.* Dirigirlos para que examinen los patrones de relación que son efectivos y los que podrían mejorarse. Discutir el impacto de las relaciones en materia de salud y calidad de vida.
- *Guiar a los pacientes en la toma de conciencia de su comportamiento y las respuestas que impactan las relaciones.* Ayudarlos a comprender mejor los roles, la dinámica y el impacto de las respuestas.
- *Enseñar estrategias que promuevan de manera efectiva la expresión de sentimientos íntimos.* Ofrecer sugerencias y juegos de roles apoyen el sentimiento basado en la comunicación, como hacer

afirmaciones que reflejan cómo se sienten, más que palabras impersonales (p. ej., «me siento enojado cuando usted toma decisiones por mí»). Esto ayudará a los pacientes a respetar las expresiones emocionales de otros.

- *Proporcionar información sobre las fuentes de actividades sociales.* Obtener direcciones e información de centros locales, clubes y grupos para adultos mayores. Sugerir medidas para que los pacientes ingresen a esos grupos con comodidad, como pedir a un amigo que los acompañe o presente, y encontrar intereses comunes que puedan ser un estímulo en las conversaciones.
- *Referir a los pacientes a exámenes de audición o visión, según sea necesario.* Referencias iniciales a audiología y oftalmología si se identificaron problemas durante la valoración enfermera. Ayudar a los pacientes a buscar apoyo económico si no pueden pagar los exámenes, gafas o auxiliares.
- *Respetar los intereses y esfuerzos de los pacientes para ser sexualmente activos.* Apoyar los esfuerzos por mejorar la apariencia. Escuchar sin juzgar cuando los pacientes describan sus sentimientos acerca de sus intereses y función sexuales. Respetar la privacidad de los pacientes cuando interactúen con sus relaciones importantes.
- *Ayudar a los pacientes a mejorar su función sexual.* Referir a los especialistas apropiados para el tratamiento de padecimientos que afecten su función sexual. Apoyar los esfuerzos para corregir la disfunción sexual. Aconsejar a los pacientes con medidas para preservar y facilitar su función sexual (p. ej., el uso de cremas lubricantes para compensar la sequedad vaginal, posiciones alternativas para evitar dolor en las articulaciones y el momento adecuado para la administración de medicamentos a fin de maximizar la energía durante las relaciones sexuales).
- *Proporcionar retroalimentación positiva al esfuerzo que los pacientes hacen para mejorar la cantidad y calidad de sus relaciones.* Recuérdese que una acción que puede parecer de poca importancia, como asistir a un evento social de la comunidad, pudo haber requerido un enorme esfuerzo y riesgo por parte de los pacientes. Reconocer y fomentar estos esfuerzos.

Las enfermeras deben reconocer, respetar y fomentar la sexualidad en los adultos mayores. Las enfermeras, como modelos de roles, pueden promover actitudes positivas. Una mejor comprensión, una mayor sensibilidad y actitudes humanas pueden ayudar a la población de edad avanzada de hoy y de mañana a darse cuenta de todo el potencial sexual de sus últimos años.

LLEVANDO LA INVESTIGACIÓN A LA VIDA

INFLUENCIA DEL EJERCICIO EN EL ESTADO DE ÁNIMO DE LAS MUJERES POSMENOPÁUSICAS

Villaverde Gutiérrez, C., Torres Luque, G., Ábalos Medina, G. M., Argente del Castillo, M. J., Guisado, I. M., Guisado Barrilao, R., & Ramírez Rodrigo, J. (2012). Journal of Clinical Nursing, 21(7), 923–928.

En este estudio de investigación se evaluó el impacto de un programa de ejercicio en los síntomas de ansiedad y depresión de las mujeres posmenopáusicas. Se reclutó a un grupo de 60 mujeres posmenopáusicas de 60 a 70 años de edad con síntomas de depresión y ansiedad. Se dividieron en un grupo control que no recibió la intervención y un grupo que participó en un programa de ejercicio físico mixto. Todas las mujeres completaron cuestionarios de la Hamilton Anxiety Scale y Brink and Yesavage Geriatric Depression Scale; antes y después del tratamiento.

El grupo que participó en el ejercicio demostró una mejoría estadísticamente significativa en los síntomas de ansiedad y depresión

moderada y grave. No se observó cambio en el grupo control.

Las enfermeras gerontológicas deben recomendar y animar a las mujeres de edad avanzada para que realicen ejercicio físico regular, no sólo por los beneficios para la salud física sino también para controlar los síntomas de depresión y ansiedad. La práctica de deporte y ejercicio físico podría mejorar la calidad de vida y reducir la necesidad de medicamentos.

REALIDADES PRÁCTICAS

La Sra. López, de 75 años de edad, vive en una residencia para adultos mayores con enfermedad de Alzheimer. Su marido la visita con frecuencia y parece cuidarla. Los auxiliares de enfermería señalan que en varias ocasiones han entrado a la habitación de la Sra. López y han sido testigos de que su marido toma la mano de su esposa y la lleva a sus genitales. A veces lo han encontrado con la mano por debajo de su manta, tocando la región genital de su esposa.

Además del comportamiento con su esposa, el Sr. López ha desarrollado una amistad con otra residente que es mentalmente competente. El personal ha notado que cuando el Sr. López la visita, ella generalmente cierra la puerta. Una vez, una enfermera entró sin llamar y encontró a la pareja juntos en la cama.

¿Cuál es la mejor manera de manejar esta situación por el personal?

EJERCICIOS DE PENSAMIENTO CRÍTICO

1. ¿Qué actitudes y acciones de los profesionales de la salud pueden tener un efecto negativo sobre la sexualidad de los adultos mayores? ¿Qué puede tener un efecto positivo?
2. Enumerar los cambios relacionados con la edad que se producen entre hombres y mujeres en las siguientes fases sexuales: excitación, meseta, orgasmo y resolución.
3. Enumerar por lo menos seis factores que pueden interferir en la función sexual en la vejez.

RECURSOS

American Association of Sex Educators, Counselors, and Therapists
http://www.aasect.org
North American Menopause Society
http://www.menopause.org
Sexuality Information and Education Council of the United States
http://www.siecus.org
SAGE (Services and Advocacy for Gay, Lesbian, Bisexual, Transgender Elders)
http://www.sageusa.org/about/index.cfm

REFERENCIAS

Bianco, F. J., McHOne, B. R., Wagner, K., King, A., Burgess, J., Patierno, S. & Jarrett, T. W. (2009). Prevalence of erectile dysfunction in men screened for prostate cancer. *Journal of Urology*, 74(1):89–92.

Centers for Disease Control and Prevention. HIV Surveillance Report. (2011). Retrieved May 10, 2012 from http://www.cdc.gov/hiv/topics/surveillance/resources/reports/. Published February 2011

Endocrine Society, (2012). The Endocrine Society position statement on bioidentical hormones. Retrieved July 12, 2012 from http://www.menopause.org/bioidenticalHT_Endosoc.pdf

Feeley, R. J., Saad, F., Guay, A., & Traish, A. M. (2009). Testosterone in men's health: A new role for an old hormone. *Journal of Men's Health, 6*(3):169–176.

Geller, S. (2009). Improving the science for botanical and dietary supplements. *Alternative Therapies in Health and Medicine. 15*(1), 16–17.

Greenberg, S. A. (2001). Sexual health. In M. B. Mezey (Ed.), *The encyclopedia of elder care: The comprehensive resource on geriatric and social care* (pp. 589–592). New York: Springer Publishing Company.

Hyde, Z., Flicker, L., Hankey, G. J., Almeida, O. P., McCaul, K. A., Chubb, S. A., & Yeap, B. B. (2012). Prevalence and predictors of sexual problems in men aged 75–95 years: a population-based study. *Journal of Sexual Medicine*, 9(2):442–453.

Kinsey, A. (1948). *Sexual behavior in the human male*. Philadelphia, PA: Saunders.

Masters, W., & Johnson, V. (1966). *Human sexual response*. Boston, MA: Little Brown.

Masters, W., & Johnson, V. (1981). Sex and the aging process. *Journal of the American Geriatrics Society. 9*, 385.

Rosing, D., Klebingat, K. J., Berberich, H. J., Bosinski, H. A. G., Loewit, K., & Beier, K. M. (2009). Male sexual dysfunction. *Deutsches Arzteblatt International*, *106*(50): 821–828.

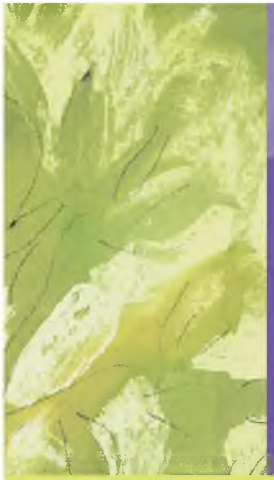
Rossouw, J. E., Prentice, R. L., Manson, J. E., Wu, L., Barad, D., Barnabei, V. M., Stefanick, M. L., et al. (2007). Postmenopausal hormone therapy and risk of cardiovascular disease by age and years since menopause. *Journal of the American Medical Association, 297*(13), 1465–1477.

Rouse, K. (2012). Managing menopausal symptoms. *American Journal of Nursing, 112*(6), 28–35.

Sand, M., & Fisher, W. A. (2007). Women's endorsement of models of female sexual response: The nurses' sexuality study. *Journal of Sexual Medicine. 4*(3), 708–719.

LECTURAS RECOMENDADAS

Las lecturas recomendadas relacionadas con este capítulo pueden encontrarse en el sitio web que acompaña al libro. Visitese **http://thepoint.lww.com/espanol-Eliopoulos8e** para acceder a las lecturas recomendadas y otros recursos adicionales vinculados con este capítulo.



CAPÍTULO 13

Espiritualidad

RESUMEN DEL CAPÍTULO

Necesidades espirituales

- Amor.
- Significado y propósito.
- Esperanza.
- Dignidad.
- Perdón.
- Gratitud.
- Trascendencia.
- Expresión de la fe.

Valoración de las necesidades espirituales

Atención de las necesidades espirituales

- Disponibilidad.
- Respetar las creencias y prácticas.
- Proporcionar oportunidades para estar a solas.
- Fomentar la esperanza.
- Ayudar a descubrir el sentido de las situaciones desafiantes.
- Facilitar las prácticas religiosas.
- Orar con y por.

Resumen: la importancia del cuidado espiritual

La mayoría de las personas se reconforta al saber que tiene una conexión con un poder que es superior a ellas mismas. Una relación positiva y armoniosa con Dios u otro poder superior (lo divino) ayuda a los individuos a sentirse unidos con otros, con la naturaleza y con el ambiente. Ofrece amor y un sentido de valor, a pesar de las imperfecciones o errores. Las personas obtienen alegría, esperanza, paz y propósito cuando trascienden más allá de sí mismas. El sufrimiento y las dificultades pueden cobrar sentido y afrontarse con mayor resistencia.

OBJETIVOS DE APRENDIZAJE

Después de estudiar este capítulo, el lector será capaz de:

1. Describir las necesidades espirituales básicas.
2. Elaborar una lista de preguntas que podrían utilizarse en la valoración espiritual.
3. Discutir ciertas medidas para dar soporte a las necesidades espirituales.

CONCEPTOS BÁSICOS

Aflicción espiritual: estado en el que la relación con Dios u otro poder superior se rompe o está en riesgo de interrumpirse porque las necesidades espirituales no se satisfacen.

Espiritualidad: relación y sentimientos con los que se trasciende el mundo físico.

Religión: estructuras creadas por el hombre, rituales, simbolismo y reglas para relacionarse con Dios o un poder superior.

La espiritualidad es la esencia de nuestro ser que trasciende y nos conecta con lo divino y otros organismos vivos. Involucra relaciones y sentimientos. La espiritualidad difiere de la religión en que se fundamenta en estructuras creadas por el hombre, rituales, simbolismo y reglas para relacionarse con lo divino. La religión es una expresión significativa de la espiritualidad, pero algunas personas muy espirituales pueden no identificarse con una religión específica.

CONCEPTO CLAVE

Los términos religión y espiritualidad no son sinónimos.

NECESIDADES ESPIRITUALES

Todos los seres humanos tienen necesidades espirituales, sea que las reconozcan o no. Algunas de estas necesidades se vuelven particularmente relevantes en la vejez, cuando la alta incidencia de enfermedades crónicas y la realidad de la muerte son evidentes; estas necesidades pueden incluir amor, propósito, esperanza, dignidad, perdón, gratitud, trascendencia y fe.

Amor

El amor es probablemente la necesidad espiritual más importante de todas. Las personas necesitan sentir que son cuidadas y que pueden ofrecer sentimientos solidarios. El amor espiritual no es *quid proquo,* en el cual se ofrece para obtener algo a cambio. Más bien, el amor espiritual es por completo incondicional y desinteresado. En la tradición judeo cristiana, este tipo de amor es ejemplificado por el tipo de dios que se venera. La gente necesita sentirse amada independientemente de su condición física, mental o social, sus posesiones materiales o su productividad.

Significado y propósito

Según la descripción de Erikson de la tarea del desarrollo final (cap. 2), el envejecimiento psicológicamente saludable para el adulto mayor implica alcanzar un sentido de integridad. Esta integridad o totalidad se apoya en la creencia de que las experiencias —tanto buenas como malas— dan sentido a la vida y sirven a un fin o propósito. Algunas personas, basadas en su fe, pueden creer que el sufrimiento y el dolor tienen como propósito alcanzar la eternidad para que Dios sea glorificado. Con esta perspectiva, nada es en vano y da trascendencia y comprensión a la vida.

Esperanza

La esperanza es la expectativa de un futuro mejor. Para algunos, la esperanza consiste en anticiparse a las oportunidades de nuevas aventuras y relaciones. Para otros, la esperanza impulsa a afrontar el dolor y el sufrimiento porque se cree que el alivio y la recompensa eterna son posibles.

Dignidad

En la sociedad occidental, el valor de una persona a menudo se determina por la apariencia, la función y la productividad. Sin embargo, cada ser humano tiene un valor intrínseco. Cuando las personas mayores carecen de los atributos que constituyen la dignidad para la mayor parte de la sociedad, pueden obtener un sentido de valor a través de su vínculo con Dios u otro poder superior.

Perdón

Es de naturaleza humana equivocarse y pecar. Llevar la carga de los errores cometidos por otro o por uno mismo es muy estresante y puede afectar de forma negativa la salud. Por otra parte, el rencor puede despojar a las personas del amor y la satisfacción que se derivan de las relaciones. Perdonar y aceptar el perdón sana. Para las personas mayores, el perdón puede facilitar el proceso de poner las cosas en orden y cerrar los asuntos pendientes.

Gratitud

La abundancia prevaleciente en la sociedad occidental a veces conduce a que muchas personas den por hecho la solvencia general. En lugar de darse cuenta de que algunos pasan hambre y no tienen un techo donde vivir, se quejan de no haber cenado en el restaurante de moda o de que su casa no tiene una piscina. Se centran en la imperfección de sus grandes muslos en vez de dar gracias por poder caminar. En lugar de estar agradecidos porque sus hijos están sanos, se angustian porque no son los padres de un estudiante de cuadro de honor. Es fácil caer en la trampa de enfocarse en los aspectos negativos. Sin embargo, la gratitud nutre el espíritu y fortalece la capacidad de hacer frente a cualquier situación. En momentos en que las pérdidas pueden ser muchas, las personas mayores pueden beneficiarse de una revisión guiada de los aspectos positivos de su vida. El proceso de revisión es un buen método a utilizar en este esfuerzo (cap. 4).

Trascendencia

Los individuos necesitan sentir que hay una realidad más allá de sí mismos, que están conectados con un poder superior que sobrepasa el pensamiento lógico y que es la fuente que da el poder para lograr lo que no se alcanzaría de manera independiente. La trascendencia brinda a las personas una vida más allá de la existencia material y le ayuda a entender el sentido de las difíciles circunstancias que enfrenta (fig. 13-1).

Expresión de la fe

La fe comprende creencias religiosas y espirituales que se expresan a través de prácticas religiosas/espirituales. Estas prácticas pueden incluir la oración, la devoción, las lecturas bíblicas, los rituales (p. ej., ayunar ciertos días o vestir ropa especial) y la celebración de días específicos. La disrupción de la capacidad para expresar la fe a causa de una enfermedad o discapacidad puede conducir a la angustia espiritual. Asimismo, esta angustia puede surgir durante una enfermedad cuando una persona se siente resentida porque Dios parece haberla abandonado, culpable por sentir que la enfermedad es un castigo por sus pecados o arrepentida por no tener una fe fuerte que la sostenga en su situación.

FIGURA 13-1 ■ Al sentir un vínculo con una realidad más allá de la existencia material, la gente puede afrontar las circunstancias difíciles.

PARA REFLEXIONAR

¿Qué necesidad espiritual es más difícil de satisfacer?

¿Por qué?

VALORACIÓN DE LAS NECESIDADES ESPIRITUALES

Preguntar acerca de los asuntos espirituales como parte de la valoración inicial y de las siguientes fortalece la atención integral. Aunque los distintos ámbitos clínicos tienen herramientas específicas, los elementos que la valoración espiritual debe abordar incluyen creencias y prácticas de fe; afiliación a una comunidad religiosa; y en qué medida están satisfechas las necesidades espirituales (p. ej., amor, significado y propósito, esperanza, dignidad, perdón, gratitud, trascendencia y expresión de fe).

La enfermera tiene varias fuentes para recopilar información de las necesidades espirituales del paciente. La respuesta a la preferencia espiritual/religiosa en los formularios de admisión brinda la oportunidad para establecer un diálogo sobre otras cuestiones relacionadas con la espiritualidad. Indicadores visibles, como el uso de artículos religiosos o la presencia de símbolos religiosos, la Biblia, el Corán y libros inspiradores, pueden proporcionar pistas útiles en la valoración espiritual. También los comentarios del paciente (p. ej., «todo lo que puedo hacer ahora es rezar» o «no puedo entender por qué Dios permite que suceda») pueden ofrecer pistas sobre las necesidades espirituales. Es posible que la depresión, la falta de expresión de sentimiento alguno o el llanto sean una advertencia de angustia espiritual. La Guía de valoración 13-1 delinea las preguntas que la enfermera puede hacer para valorar la espiritualidad de un paciente.

GUÍA DE VALORACIÓN 13-1
NECESIDADES ESPIRITUALES

ENTREVISTA

Como parte de una valoración integral se formulan preguntas directamente enfocadas en las necesidades espirituales. Tales preguntas pueden incluir las siguientes:

- ¿Cuál es su fe o religión?
- ¿Pertenece a alguna iglesia, templo o comunidad de fe?
- ¿Cuál es? ¿Le gustaría tenerlos cerca en su cuidado?
- ¿Hay prácticas religiosas que son importantes para usted? ¿Podrían practicarse aquí? Si no es así, ¿podría apoyarlo de alguna manera?
- ¿Cree usted en Dios o un poder superior? ¿Podría describir qué significa para usted?
- ¿Lee la Biblia o algún otro texto religioso? ¿Es capaz de hacerlo ahora?
- ¿Piensa qué Dios tiene algún papel en su enfermedad y curación?
- ¿Hay algo en su fe o creencias religiosas que le produzca malestar, incomodidad o conflicto?
- ¿Qué es lo más significativo para usted?
- ¿Qué le da propósito en la vida?
- ¿Cuál es su fuente de fortaleza o apoyo?
- ¿De quién recibe amor?
- ¿Quiénes son los receptores más importantes de su amor?
- ¿Cree que tiene asuntos pendientes? ¿Cosas que debe decir a alguien? ¿Desea buscar u ofrecer perdón?

- ¿Cuáles son sus temores?
- ¿Cómo puedo (podemos) apoyar sus creencias y prácticas espirituales ahora?

ATENCIÓN DE LAS NECESIDADES ESPIRITUALES

Las evidencias sugieren que las creencias espirituales sólidas facilitan la salud y la curación; por lo tanto, es terapéuticamente beneficioso apoyar la espiritualidad de los pacientes y ayudarlos a satisfacer estas necesidades. Cuando la valoración revela necesidades espirituales o signos de aflicción espiritual específicos (*v.* Razonamiento del diagnóstico enfermero), las enfermeras deben planificar estrategias para hacerles frente. Asimismo, pueden utilizar una variedad de intervenciones para ayudar a los pacientes y apoyar su espiritualidad; esas intervenciones se analizan en las siguientes secciones.

Disponibilidad

La cercanía y la confianza que los pacientes sienten hacia las enfermeras facilitan que compartan con ellas sus sentimientos profundos más que con otros miembros del equipo de atención de la salud. Las enfermeras deben honrar esa confianza y estar disponibles para que los pacientes expresen sus sentimientos. Esto significa no sólo estar físicamente disponibles, sino por completo, sin distraerse o pensar en otras actividades. Puede haber circunstancias en que las enfermeras no sepan cómo responder a las necesidades espirituales o en las que oigan expresiones de creencias que difieren de las propias; en esta situación, la escucha atenta y el fomento de la comunicación son lo más importante.

CONCEPTO CLAVE

Estar *presente* con un paciente implica que la enfermera no sólo está físicamente, sino que también ofrece atención completa para facilitar un verdadero vínculo.

Respetar las creencias y prácticas

Una buena valoración espiritual puede revelar las creencias y prácticas específicas del paciente que la enfermera tal vez deba apoyar. Estas prácticas pueden incluir dietas especiales, negarse a participar en ciertas actividades en días determinados, usar prendas de vestir específicas y orar en momentos dados del día. En el recuadro 13-1 se describen algunas de las prácticas y creencias religiosas más comunes que las enfermeras pueden encontrar.

RAZONAMIENTO DEL DIAGNÓSTICO ENFERMERO

SUFRIMIENTO ESPIRITUAL

Generalidades

El sufrimiento espiritual es un estado en el que la relación con Dios u otro poder superior se rompe está en riesgo de interrumpirse, o las necesidades espirituales no se satisfacen. La enfermedad o el deterioro de la salud propia o de seres queridos, las pérdidas, la conciencia de la mortalidad y los conflictos entre las creencias y los tratamientos médicos son factores que promueven la angustia espiritual. Los signos de angustia espiritual pueden incluir ira, ansiedad, quejas, llanto, cinismo, depresión, culpa, desesperanza, aislamiento, autoestima baja, impotencia, rehusarse a hacer planes, sarcasmo, pensamientos o planes suicidas y síntomas físicos (fatiga, falta de apetito, trastornos del sueño y suspiros). La persona puede cuestionarse su fe y sus creencias.

Factores causales o contribuyentes

Enfermedades graves, pérdidas, incapacidad para participar en prácticas religiosas y relación entre los problemas de salud actuales y un pasado pecaminoso o falto de fe.

Objetivo

El paciente mantiene sus prácticas religiosas al máximo grado posible; discute temas referentes a la angustia espiritual; y desarrolla sistemas de apoyo para promover su bienestar espiritual.

Intervenciones enfermeras

- Ayudar al paciente a identificar los factores que contribuyen a su angustia espiritual.
- Apoyar las prácticas religiosas del paciente; aprender acerca de ellas y las implicaciones para su atención; proporcionar la Biblia u otros textos religiosos, artículos religiosos y música inspiradora; respetar los períodos de soledad; respetar y ayudar en la práctica de rituales; leer las Escrituras o hacer los arreglos para que un voluntario lo haga.
- Orar con o por el paciente si hacerlo no vulnera su fe.
- Proporcionar la privacidad necesaria y el tiempo para la oración, la meditación y la soledad.
- Referir a un sacerdote, sanador, pastor o grupo de apoyo.
- Ponerse en contacto con la iglesia o templo del paciente para que lo visiten (p. ej., a través de la enfermera parroquial); vincular al paciente con un sacerdocio de salud comunitario si lo desea.
- Respetar el deseo del paciente de no ser visitado por clérigos o participar en actividades religiosas.
- No contradecir las creencias del paciente o intentar cambiarlas.

RECUADRO 13-1 Creencias y prácticas religiosas relevantes para la enfermería gerontológica

PROTESTANTISMO

- *Asambleas de Dios (Pentecostal):* fomentan la abstinencia de tabaco, alcohol y drogas ilegales; creen en la sanación divina a través de la oración y la imposición de manos; la comunión la proporciona el clero; creen en Jesucristo como salvador; oran por la intervención de Dios en la curación.
- *Bautistas:* fomentan la abstinencia de alcohol; la comunión la proporciona el clero; la lectura de las Escrituras es importante porque la Biblia se considera la palabra de Dios; creen en Jesucristo como salvador; pueden creer que las enfermedades son la voluntad de Dios y responder pasivamente a los cuidados; algunos creen en el poder curativo de la imposición de manos (más de dos docenas de diferentes grupos en Estados Unidos).
- *Iglesia Cristiana (Discípulos de Cristo):* la comunión es parte importante del culto dominical y la imparte el clero; el clero y los adultos mayores de la iglesia pueden ofrecer apoyo espiritual; creen en Jesucristo como salvador.
- *Iglesia de los Hermanos:* el clero unge a los enfermos para la curación física y el bienestar espiritual; también da la comunión.
- *Iglesia del Nazareno:* se abstienen de tabaco y alcohol; creen en la curación divina, pero aceptan los tratamientos médicos; la comunión la da el clero.
- *Episcopal (anglicana):* el ayuno no es obligatorio, aunque algunos episcopales se abstienen de comer carne los viernes; reciben la comunión del clero; la unción de los enfermos está disponible aunque no es obligatoria; creen en Jesucristo como salvador.

- *Luterana:* la comunión la imparte el clero, lo mismo que la unción de enfermos; proporcionan el servicio de encomienda de los moribundos; creen en Jesucristo como salvador (10 ramas diferentes).
- *Menonita:* se abstienen de alcohol; la oración tiene un papel importante durante una crisis o enfermedad, así como la unción con aceite; pueden oponerse a tomar medicamentos; las mujeres pueden llevar la cabeza cubierta durante la hospitalización; tanto su vestimenta como su estilo de vida son simples y sencillos; toman la comunión dos veces al año con lavado de pies como parte de la ceremonia (hay 12 grupos diferentes).
- *Metodista:* la comunión la da el clero; unción de los enfermos; orar y leer la Biblia es importante durante la enfermedad; fomentan la donación de órganos; creen en Jesucristo como salvador (existen más de 20 grupos diferentes).
- *Presbiteriana:* la comunión la imparte el clero; el clero o los adultos mayores pueden ofrecer oraciones por los moribundos; creen en Jesucristo como salvador (10 grupos diferentes).
- *Cuáqueros (Amigos):* creen que Dios es personal y real, y que cualquier creyente puede alcanzar la comunión con Jesucristo sin recurrir al clero o a rituales o iglesias; no tienen ninguna ceremonia especial para la muerte porque creen que la vida presente es parte del reino de Dios; se abstienen de alcohol; pueden oponerse al uso de medicamentos.
- *Ejército de Salvación:* siguen a la Biblia como fundamento de la fe; la lectura de las Escrituras es muy importante; no tienen ceremonias especiales; ofrecen programas y centros de asistencia social; están abiertos a recibir tratamiento médico; algún miembro de su comunidad puede ser llamado para visitas y asistencia.
- *Adventista del Séptimo Día:* promueven un estilo de vida saludable porque ven el cuerpo como el templo del Espíritu Santo; alcohol, tabaco, café, té y drogas recreativas están prohibidos; la mayoría evita la carne de cerdo y los mariscos, y muchos son vegetarianos; el Sabbath se celebra los sábados, por lo que cualquier tratamiento podría ser rechazado ese día; el clero imparte la comunión; la lectura de la Biblia es importante.

CATOLICISMO ROMANO

Cree en el papa como cabeza de la iglesia en la tierra; expresa su fe principalmente en los dogmas establecidos, como la palabra de los apóstoles; promueve el ayuno durante la Cuaresma y de manera opcional los viernes, aunque los adultos mayores pueden adherirse a esta práctica; un sacerdote imparte la comunión, el sacramento de los enfermos y escucha sus confesiones; los rosarios, las medallas, las imágenes y otros objetos religiosos son importantes.

ORTODOXA ORIENTAL

Incluye las iglesias griega, serbia, rusa y otras iglesias ortodoxas; cree que el Espíritu Santo procede del Padre (en lugar de Padre e Hijo); por lo tanto, rechazan la autoridad del papa; practican el ayuno de carne y lácteos los miércoles y viernes durante la Cuaresma y otros días santos, así como antes de la comunión; siguen un calendario diferente de celebraciones religiosas; la santa unción se administra a enfermos, pero no necesariamente como una extremaunción; ésta debe ser provista por un sacerdote ordenado.

OTRAS RELIGIONES CRISTIANAS

- *Ciencia Cristiana:* la religión está basada en el uso de la fe para la curación; pueden rechazar medicamentos, psicoterapia, hipnotismo, vacunación y algunos otros tratamientos; cuentan con enfermeras de Ciencia Cristiana y otros practicantes; pueden desear que éstos participen de forma activa en su cuidado.
- *Testigos de Jehová:* desalientan el consumo de alcohol y tabaco; no aceptan las transfusiones de sangre, aunque pueden utilizar otros métodos alternativos.
- *Mormones (Iglesia de Jesucristo de los Santos de los Últimos Días):* no hay clero profesional; la comunión, la unción de los enfermos y la imposición de manos para la curación puede darlas cualquier miembro de la iglesia; se abstienen del alcohol; desalientan el consumo de cafeína, alcohol y otras sustancias que se consideran poco saludables o perjudiciales; suelen usar ropa interior especial (sagrada) en todo momento y sólo se la quitan en caso de emergencia absoluta; la oración y la lectura de los textos sagrados son importantes; pueden oponerse a algunos de los tratamientos médicos y utilizar la imposición de manos como curación divina.
- *Unitarismo:* rama muy liberal del cristianismo; sólo creen en Dios, en lugar del dogma de la Trinidad; creen que los individuos son responsables de su estado de salud; son defensores de la donación de órganos.

JUDAÍSMO

Creen en un Dios universal y que los judíos fueron elegidos especialmente para recibir las leyes de Dios; respetan el Sabbath desde el atardecer del viernes hasta el anochecer del sábado; existen tres ramas:

- *Ortodoxos:* se adhieren estrictamente a las tradiciones del judaísmo; creen en la inspiración divina de los cinco Libros de Moisés (Torá); siguen una dieta kosher (no mezclan leche y carne en una comida, no comen cerdo o mariscos, no consumen carne que no haya sido sacrificada conforme a la ley judía, los utensilios de cocina deben ser diferentes para la carne y los productos lácteos); restricciones estrictas durante el Sabbath (no manejar automóvil, no fumar, no utilizar luz eléctrica, no manejar dinero, no usar el teléfono o encender la televisión; los tratamientos médicos deben posponerse hasta después del Sabbath); los hombres no se afeitan con navaja pero pueden usar tijeras o rasuradora eléctrica para que la cuchilla no entre en contacto con la piel; usan kipá (gorro) en todo momento; la barba se considera signo de piedad; el hombre ortodoxo no puede tocar a otra mujer que no sea de su familia; las mujeres casadas cubren su cabello; familia y amigos pueden visitar y permanecer con un agonizante; es necesaria la presencia de un testigo cuando una persona reza por la salud, de manera que si la muerte ocurre la familia será protegida por Dios; después de la muerte, el cuerpo no debe quedarse solo y únicamente un judío ortodoxo puede tocarlo o lavarlo; si la muerte se produce en Sabbath, los ortodoxos no pueden manipular el cadáver, pero el personal sanitario puede hacerlo con guantes; el cuerpo debe ser enterrado en un plazo máximo de 24 h; la autopsia no está permitida; cualquier órgano que se haya extirpado debe ser entregado para sepultarse junto con el cuerpo porque todas las partes corporales deben volver a la tierra; el tiempo de oración y silencio es importante.
- *Conservadores:* siguen las mismas leyes básicas de los ortodoxos; pueden cubrir su cabeza sólo durante el culto y la oración; algunos aprueban la autopsia.
- *Reformistas:* sus leyes son menos estrictas; no siguen rigurosamente la dieta kosher; no usan kipá; asisten a los templos los viernes para el culto, pero no tienen restricciones durante el Sabbath; los hombres pueden tocar a las mujeres.

ISLAMISMO (MUSULMANES)

En número de fieles, es la segunda religión monoteísta (creencia en un solo dios); fundada por el profeta Mahoma, que fue un mensajero humano o profeta usado por Dios para comunicar su palabra; el Corán es una escritura; no puede ser tocado por nadie ritualmente impuro y nadie debe ponerse sobre el Corán; pueden rezar cinco veces al día mirando hacia la Meca; la privacidad durante la oración es importante; se abstienen de comer carne de cerdo y beber alcohol; la carne permitida debe ser bendecida y sacrificada de una manera especial; la higiene es importante; antes de la oración es necesario lavarse, incluso los enfermos; aceptan los tratamientos médicos si no violan sus prácticas religiosas; las mujeres son muy reservadas y no se les permite firmar una autorización o tomar decisiones sin el permiso de su marido; pueden usar un *taviz* (un cordel negro con palabras del Corán unidas); la familia o cualquier musulmán practicante pueden orar con el agonizante; prefieren que sea la familia la que lave o prepare el cuerpo del fallecido (si es necesario, las enfermeras pueden hacerlo con guantes); la autopsia está prohibida excepto cuando exista una disposición legal; la donación de órganos no está permitida.

HINDUISMO

Se considera una de las religiones más antiguas del mundo; es practicada por la mayoría de los habitantes de la India; no tiene escrituras, doctrina fija o alabanzas comunes; creen en el karma (cada persona nace en una posición basada en sus actos de la vida anterior) y la reencarnación; la enfermedad puede verse como consecuencia de los pecados de la vida pasada; la mayoría es vegetariana; se abstienen del alcohol y el tabaco.

BUDISMO

Rama del hinduismo con más seguidores en Japón, Tailandia y Myanmar; creen en la iluminación que se consigue con la meditación individual en lugar de mediante un culto comunitario; siguen un código moral conocido como *Noble Óctuple Sendero* que conduce al *nirvana* (forma de liberación e iluminación); son vegetarianos; se abstienen de alcohol y tabaco; pueden oponerse a los medicamentos y rechazar los tratamientos en los días festivos; el tiempo ininterrumpido, privado, para la meditación es importante.

Proporcionar oportunidades para estar a solas

La soledad puede ser un aspecto importante de la expresión de la espiritualidad. Un

tiempo sin interrupciones permite la comunicación personal con Dios u otro poder superior. Permite ofrecer oraciones, reflexionar, meditar y escuchar las respuestas de la fuente divina (recuadro 13-2). Las enfermeras deben respetar y proteger estos períodos de aislamiento de sus pacientes.

PARA REFLEXIONAR

Buscar la soledad para meditar u orar es diferente que estar aislado socialmente. ¿Cuánto tiempo a la semana dedica usted a la soledad o la meditación?

Fomentar la esperanza

La esperanza es importante para los seres humanos. Cuando las personas tienen fe en el futuro y cree que algo positivo es posible, es capaz de comprometerse con metas y acciones. Para los adultos mayores, en especial aquellos con enfermedades graves o discapacidades, mantener la esperanza puede ser un reto. El riesgo de sentirse desesperado y deprimido es real. La desesperanza puede interferir con el autocuidado y la curación, y restar la energía que se necesita para afrontar los desafíos de la enfermedad.

El fomento de la esperanza empieza con el establecimiento de una relación de confianza con el paciente de modo que se sienta cómodo para expresar sus sentimientos abiertamente. Una valoración cuidadosa puede ayudar a identificar los factores que contribuyen a la falta de esperanza, como tensión en las relaciones familiares, dolor físico continuo y problemas económicos crecientes; deben planificarse intervenciones para abordar factores específicos. Otras acciones beneficiosas incluyen:

- Ayudar al paciente en la formulación de metas realistas a corto plazo y reconocer el logro de los objetivos.
- Orientar al paciente a una revisión de su vida, destacando los éxitos del pasado para afrontar los desafíos que pueden relacionarse con situaciones actuales.
- Ayudar al paciente a encontrar placer y disfrute en las actividades cotidianas actuales.
- Promover un entorno relajante y edificante (p. ej., flores, aire fresco, luz solar, olores agradables, mascotas y colores estimulantes).
- Facilitar las prácticas espirituales del paciente; hacer contacto con un clérigo si es necesario.
- Ayudar al paciente a participar en sus servicios religiosos.
- Desarrollar afirmaciones (decretos positivos como «soy una persona única y especial» o «soy amado por Dios») para que el paciente las utilice y recomendarle repetirlas todos los días.
- Sugerir al paciente que mantenga un diario personal para promover la autocomprensión y el crecimiento personal.
- Utilizar música terapéutica; consultar con un terapeuta musical para seleccionar

aquella que promueva el optimismo y la esperanza.

- Remitir a un grupo de apoyo.
- Emplear el humor sanamente; transmitir esperanza y optimismo.

Ayudar a descubrir el sentido de las situaciones desafiantes

Los pacientes pueden cuestionar el propósito de las dificultades que afrontan o creer que Dios los ha abandonado. Las personas de fe pueden desear discutir su perspectiva de la forma en que su situación actual encaja en un plan mayor. Una actitud abierta y sin prejuicios al alentar la expresión de los sentimientos será de mucha utilidad.

RECUADRO 14-2 Meditación

La soledad ofrece una oportunidad para la meditación, una actividad que calma la mente y ayuda a enfocar en el presente los pensamientos. Puede ser en forma de:

- *Meditación por concentración:* la atención se centra en la respiración, un sonido o una imagen; esto calma y promueve la claridad y la agudeza mentales.
- *Meditación de atención consciente:* se presta atención a las sensaciones que se experimentan, como sonidos o pensamientos; esto promueve un estado mental tranquilo, no reactivo.
- *Meditación trascendental:* introducida por Maharishi Mahesh Yogi, esta forma implica dirigir el cuerpo a un nivel de profunda relajación, mientras la mente se vuelve más alerta.

La meditación tiene muchos beneficios para la salud, entre ellos reducción del estrés, estimulación de la función inmunitaria y control del dolor. Los mayores pueden beneficiarse de la mejora de su autoestima y los altos niveles de función mental que supuestamente se logran.

CONCEPTO CLAVE

La fe puede reconfortar a algunas personas bajo la creencia de que sus problemas actuales sirven a un propósito positivo de Dios.

Facilitar las prácticas religiosas

Es posible que los pacientes deseen comulgar, confesarse o realizar algún otro sacramento religioso. Las enfermeras pueden ponerse en contacto con clérigos cuando sea necesario. También pueden ayudarlos en el uso o exposición de sus objetos religiosos y garantizar la seguridad de estos artículos durante las intervenciones enfermeras.

Orar con y por

Las personas de fe comprenden desde hace mucho tiempo el valor de la oración y ahora, gracias a nuevas investigaciones, hay más evidencia que respalda la relación positiva entre oración, salud y curación (Butler, Koenig, Puchalski, Cohen y Sloan, 2003; Duffin, 2007; Larson, Sawyers y McCullough, 1998; Moberg, 2005). No hace falta ser clérigo para tomar la mano de un paciente y ofrecer una oración. Las plegarias pueden ser específicas, por ejemplo, al pedir que los medicamentos recién administrados alivien pronto el dolor. El uso de un vocabulario florido o «religioso»

es menos importante que pedir a un poder superior que intervenga en nombre del enfermo. Pueden ofrecerse oraciones de intercesión por los pacientes. Las enfermeras que no se sientan cómodas haciéndolo pueden pedir a sus compañeros de trabajo que oren con y por los pacientes que lo deseen.

PARA REFLEXIONAR

¿Qué significaría para usted que alguien orara por sus necesidades y problemas?

RESUMEN: LA IMPORTANCIA DEL CUIDADO ESPIRITUAL

Las personas somos seres espirituales; por lo tanto, la atención espiritual debe ser formar parte del cuidado holístico. Percatarse de su conexión con algo más grande que ellas mismas —ya sea con otras personas, la naturaleza, el universo o un ser supremo— permite a las personas de edad avanzada superar sus problemas físicos, intelectuales, emocionales y sociales, y descubrir la paz y armonía que facilitan la curación y el bienestar. La esperanza y la autoestima pueden alcanzarse, e imprimen integridad y alegría al último tramo de la vida.

LLEVANDO LA INVESTIGACIÓN A LA VIDA

ENFERMERAS PARROQUIALES: IMPLEMENTACIÓN DE NORMAS PARA PROMOVER LA SALUD EN LA EDAD AVANZADA

King MA. & Pappas-Roqich M (2011) Geriatric Nursing, 32(6), 459–464.

Este estudio intentó determinar si el modelo de práctica de las enfermeras de una comunidad religiosa (parroquia) respalda la implementación de estrategias que abordan los estándares contenidos en *Healthy People 2010*. Algunas enfermeras parroquiales fueron reclutadas para llenar un cuestionario que incorporaba los estándares e indicadores de *Healthy People 2010 Critical Health Indicators*.

El estudio reveló que las enfermeras de la comunidad parroquial se han involucrado en muchas actividades contenidas en esos indicadores. Han prestado servicios al menos una vez a la semana, y apoyan dos indicadores: actividad física diaria y salud emocional. Los indicadores de promoción de una buena nutrición y un peso saludable se abordaron por lo menos una vez al mes y como mínimo una vez al año las enfermeras ofrecieron programas relacionados con la reducción y eliminación del tabaquismo, la reducción y eliminación del abuso de sustancias, la promoción de la seguridad y la disminución de la violencia, la promoción de ambientes saludables y la administración de vacunas, actividades que representan 5 de los 10

indicadores. Las enfermeras parroquiales se comprometieron en actividades para ayudar a los pacientes a acceder a una atención médica de calidad por lo menos una vez al mes. La mayoría de estas enfermeras informó que nunca facilitó el acceso a grupos de apoyo o prestó servicios que promovieran un comportamiento sexual responsable.

El estudio demostró que ellas tienen una función muy importante en la identificación de las necesidades de servicio y la gestión de su satisfacción, y para ayudar a los adultos mayores a utilizar los servicios de salud de manera constante y eficiente. Esta función demuestra cómo las enfermeras gerontológicas pueden impactar las vidas de las personas mayores en muchos roles no tradicionales.

REALIDADES PRÁCTICAS

El Sr. Bremer, de 68 años de edad, ha estado en la unidad de traumatología del hospital en estado crítico por varias semanas después de un grave accidente automovilístico. Al ingreso, su familia afirmó que es ateo.

El Sr. Bremer oscila entre períodos de consciencia e inconsciencia. En varias ocasiones durante sus estados de conciencia habla sobre Dios y hace comentarios como «espero que Dios me perdone por haberle rechazado tantos años» y «no quiero morir sin estar bien con Dios».

La enfermera que cuida regularmente al Sr. Bremer menciona esto a su esposa —también atea— y le pregunta si quiere que llame a un clérigo del hospital. La Sra. Bremer se opone enérgicamente diciendo «no sé quién ha estado poniendo estas ideas en su cabeza, por supuesto que no voy a permitir que un loco religioso se aproveche de mi marido». Cuando el Sr. Bremer habla de Dios en presencia de su esposa, ella le dice: «Tomás, siempre has sido muy inteligente para eso, así que deja de decir tonterías».

Hay una fuerte probabilidad de que el Sr. Bremer no sobreviva. ¿Qué debe hacer la enfermera?

EJERCICIOS DE PENSAMIENTO CRÍTICO

1. ¿Por qué la espiritualidad es cada vez más importante para las personas a medida que envejecen?
2. Describir por qué las necesidades espirituales son más difíciles de cumplir para las personas mayores.
3. ¿Qué preguntas deben hacerse a los mayores para valorar sus creencias y necesidades espirituales?
4. Considérese que un individuo mayor es paciente en un hospital o residente de una institución. ¿Qué oportunidades hay para que tenga períodos de soledad? ¿Qué podría hacerse para facilitar esos períodos?
5. ¿Cómo puede el misterio inherente a los sucesos de la vida favorecer la espiritualidad?

RECURSOS

BeliefNet

http://www.beliefnet.com

Duke Center for Spirituality, Theology, and Health

http://www.dukespiritualityandhealth.org

George Washington Institute for Spirituality and Health

http://www.gwish.org

Health Ministries Association

http://www.hmassoc.org

Nurses Christian Fellowship International

http://www.ncfi.org

REFERENCIAS

Butler, S. M., Koenig, H. G., Puchalski, C., Cohen, C., & Sloan, R. (2003). Is Prayer Good for Your Health? A Critique of the Scientific Research. *Heritage Lecture #816*, December 22, 2003. Accessed January 2, 2008 from http://www.heritage.org/Research/Religion/HL816.cfm

Duffin, J. (2007). The doctor was surprised; or, how to diagnose a miracle. *Bulletin of the History of Medicine, 81*(4), 699–729.

Larson, D. B., Sawyers, J. P., & McCullough, M. E. (Eds.). (1998). *Scientific research on spirituality and health: A consensus report.* Rockville, MD: National Institute for Healthcare Research.

Moberg, D. O. (2005). Research in spirituality, religion and aging. *Journal of Gerontological Social Work, 45*(1–2), 11–40.

LECTURAS RECOMENDADAS

Las lecturas recomendadas relacionadas con este capítulo pueden encontrarse en el sitio web que acompaña al libro. Visitese **http://thepoint.lww.com/espanol-Eliopoulos8e** para acceder a las lecturas recomendadas y otros recursos adicionales vinculados con este capítulo.

UNIDAD 4

Temas del cuidado general

14 Nutrición e hidratación

15 Descanso y sueño

16 Confort y manejo del dolor

17 Seguridad

18 Uso seguro de medicamentos

CAPÍTULO 14

Nutrición e hidratación

RESUMEN DEL CAPÍTULO

Necesidades nutricionales de los adultos mayores

- Cantidad y calidad de las necesidades calóricas.
- Complementos alimenticios.
- Necesidades especiales de las mujeres.

Necesidades de hidratación de los mayores

Promoción de la salud bucal

Problemas relacionados con una buena nutrición

- Indigestión e intolerancia a los alimentos.
- Anorexia.
- Disfagia.
- Estreñimiento.
- Desnutrición.

Determinación del estado nutricional y la hidratación en las personas mayores

La nutrición tiene un impacto profundo en la salud y la capacidad funcional. El estado nutricional influye en la capacidad de una persona para defender el cuerpo contra las enfermedades, mantener la normalidad anatómica y estructural, pensar con claridad y poseer la

energía y el deseo de participar en actividades sociales. Numerosos cambios relacinados con la edad, que a menudo son sutiles y graduales, pueden poner progresivamente en peligro la capacidad de las personas mayores para mantener un buen estado nutricional; dichos cambios demandan una atención especial por parte de las enfermeras (tabla Diagnóstico de enfermería 14-1).

OBJETIVOS DE APRENDIZAJE

Después de estudiar este capítulo, el lector será capaz de:

1. Enumerar los factores relacionados con la edad que afectan los requerimientos dietéticos en la edad avanzada.
2. Identificar los riesgos derivados del uso de complementos nutricionales.
3. Enumerar las necesidades nutricionales especiales de las mujeres mayores.
4. Describir los cambios relacionados con la edad que afectan la hidratación en los adultos mayores.
5. Identificar los factores causales y los signos de deshidratación.
6. Describir los problemas de salud bucal que podrían influir en el estado nutricional y la higiene bucal recomendada para los mayores.
7. Describir las amenazas para una buena nutrición durante la vejez y las formas de minimizarlos.

CONCEPTOS BÁSICOS

Anorexia: pérdida del apetito.

Disfagia: dificultad para tragar secundaria a dificultad para enviar los alimentos desde la boca hasta el esófago (disfagia de transferencia), por el esófago (disfagia de transporte) o desde el esófago hasta el estómago (disfagia distal).

NECESIDADES NUTRICIONALES DE LOS ADULTOS MAYORES

Cantidad y calidad de las necesidades calóricas

A pesar de que las necesidades corporales de nutrientes básicos son estables durante toda la vida, la cantidad necesaria de nutrientes específicos puede variar. Una de las diferencias más significativas en los requerimientos de nutrientes entre las personas de diversas edades es la ingesta de calorías. Varios factores contribuyen a la reducción de las necesidades calóricas de la persona mayor:

- El cuerpo de una persona de edad avanzada tiene menos masa corporal magra y un aumento relativo de tejido adiposo. El tejido adiposo metaboliza de forma más

lenta que el tejido magro y no quema calorías tan rápido.

- La tasa metabólica basal disminuye 2% por cada década de la vida, lo que contribuye al incremento del peso cuando se consume la misma cantidad de calorías que durante la juventud.
- El nivel de actividad de casi todas las personas mayores suele ser menor que el de las más jóvenes.

Aunque cada persona tiene una necesidad calórica específica basada en el tamaño corporal, el metabolismo, el estado de salud y el nivel de actividad individuales, pueden hacerse algunas generalizaciones. Las necesidades calóricas disminuyen gradualmente durante la edad adulta como resultado de los cambios relacionados con la edad y se recomienda una reducción de calorías a partir de la cuarta década de la vida. La cantidad y la calidad de la ingesta calórica deben vigilarse. Una forma útil para determinar las necesidades calóricas en reposo, que considera la edad y la tasa metabólica basal, entre otros factores, es la ecuación de Harris-Benedict, también llamada gasto energético en reposo. Con esta ecuación, la cifra que se obtiene representa el número de calorías que es necesario consumir a diario para mantener el peso corporal actual sin ningún gasto relacionado con el ejercicio.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

TABLA 14-1 Envejecimiento y riesgos para el estado nutricional

Causas o factores contribuyentes	Diagnóstico enfermero
Los dientes tienen diferentes grados de erosión; abrasiones de la corona y la estructura radicular; alta prevalencia de pérdida de dientes	Desequilibrio nutricional: inferior a las necesidades corporales en relación con la limitada capacidad para masticar los alimentos
Reducción de la saliva hasta cerca de un tercio del volumen de años anteriores	Dolor agudo derivado del mal estado dental
Digestión ineficiente de almidón secundaria a disminución de ptialina salival	Desequilibrio nutricional: inferior a las necesidades corporales en relación con mezclado menos eficiente de los alimentos
Atrofia del revestimiento epitelial de la mucosa bucal	Desequilibrio nutricional: inferior a las necesidades corporales en relación con reducción de la degradación de los almidones
Aumento del umbral del sabor; aproximadamente un tercio del número de papilas gustativas funcionales que en años anteriores	Deterioro de la membrana mucosa bucal
Disminución de la sensación de sed; reducción de las contracciones de hambre	Desequilibrio nutricional: superior a las necesidades corporales en relación con ingesta excesiva de sales y dulces para compensar las alteraciones del gusto
	Desequilibrio nutricional: inferior a las necesidades corporales en relación con disminución de la capacidad de sentir hambre
	Déficit de volumen de líquidos derivado de disminución de la sed
Reflejo nauseoso más débil; disminución de la peristalsis esofágica; relajación del esfínter esofágico inferior; reducción de la motilidad del estómago	Riesgo de lesiones por aspiración
Menor producción de ácido clorhídrico, pepsina y ácido pancreático	Desequilibrio nutricional: inferior a las necesidades corporales en relación con restricciones autoimpuestas para evitar molestias
Baja tolerancia a la grasa	Desequilibrio nutricional: inferior a las necesidades corporales en relación con degradación inefectiva de los alimentos
Disminución del peristaltismo colónico; disminución de la sensibilidad a la señal para defecar	Dolor agudo secundario a indigestión
	Desequilibrio nutricional: inferior a las necesidades corporales en relación con disminución del apetito y restricciones autoimpuestas vinculadas con el estreñimiento
Menor eficiencia en la estabilización y absorción de colesterol	Riesgo de infección relacionado con riesgo de formación de cálculos biliares
Incremento del contenido de grasa del páncreas; disminución de enzimas pancreáticas	Desequilibrio nutricional: inferior a las necesidades corporales en relación con problemas para la digestión normal

Peso en kilogramos/altura en centímetros:

Varones: 66 + [13,7 × peso (kg)] + [5 × altura (cm)] − (6,76 × edad en años)
Mujeres: 655 + [9,6 × peso (kg)] + [1,8 × altura (cm)] − (4,7 × edad en años)

Peso en libras altura en pulgadas:

Varones: 66 + [6,23 × peso (lbs)] + [12,7 × altura (pulgadas)] − (6,76 × edad en años)
Mujeres: 655 + [4,35 × peso (lbs)] + [4,7 × altura (pulgadas)] − (4,7 × edad en años)

Además de vigilar la cantidad, es importante controlar la calidad de las calorías consumidas. Puesto que los requerimientos de consumo de calorías en la edad adulta a menudo se reducen, las calorías ingeridas deben ser de alta calidad para asegurar una adecuada ingesta de otros nutrientes (fig. 14-1). Limitar el consumo de grasas en la dieta a menos del 30% del total de calorías consumidas es una buena práctica para los mayores. La tabla 14-2 enumera las cantidades diarias recomendadas (RDA) para las personas mayores.

La fibra es muy importante en la dieta del individuo mayor. Las fibras solubles, que se encuentran en alimentos como la avena y la pectina, ayudan a reducir el colesterol sérico, a mejorar la tolerancia a la glucosa en los diabéticos y a prevenir la obesidad, las enfermedades cardiovasculares y el cáncer colorrectal (Dahm y cols., 2010; Du y cols., 2010; Hopping y cols., 2010). Las fibras insolubles promueven la adecuada actividad intestinal y pueden encontrarse en los cereales y en muchas verduras y frutas.

Los hidratos de carbono proporcionan una importante fuente de energía y fibra. Sin embargo, debido a que la capacidad para mantener un nivel normal de glucosa en sangre disminuye, los mayores deben reducir la ingesta de hidratos de carbono. Una dieta alta en carbohidratos puede estimular una liberación anormalmente alta de insulina en los mayores. Es posible que esto cause hipoglucemia, que en las personas mayores puede presentarse primero como un estado de confusión.

FIGURA 14-1 ■ Aunque por lo general necesitan ingerir menos calorías que las personas más jóvenes, las dietas de los adultos mayores deben incluir una alta calidad de nutrientes.

TABLA 14-2 Ingesta dietética recomendada para mayores de 50 años de edad

	Varones	Mujeres
Proteínas (g)	66	66
Carbohidratos (g)	100	100
Vitamina A (mg)	625	500
Vitamina D (mg)	10	10
Vitamina E (UI)	12	12
Vitamina C (mg)	75	60
Tiamina (mg)	1,0	0,9
Riboflavina (mg)	1,1	0,9
Niacina (mg)	12	11
Vitamina B_6 (mg)	1,4	1,3
Folato (mg)	320	320
Vitamina B_{12} (mg)	2	2
Calcio (mg)	1000[a]	1000
Fósforo (mg)	580	580
Magnesio (mg)	350	265
Hierro (mg)	6	5
Zinc (mg)	9,4	6,8
Yodo (mg)	95	95

[a]Los requerimientos para varones de 51 a 70 años es de 800 mg.

Reimpresa con autorización de: *Dietary Reference Intakes (DRIs). Estimated Average Requirements*, Food and Nutrition Board, Institute of Medicine, 2011, por la National Academy of Sciences, cortesía de National Academies Press, Washington, D.C.

Se requiere por lo menos 1 g de proteína por kilogramo de peso corporal para renovar las proteínas corporales y el protoplasma, y para mantener los sistemas enzimáticos. Si del 10 al 20% de la ingesta diaria de calorías proviene de las proteínas, las necesidades de proteínas deben satisfacerse. En el comercio están disponibles varios complementos de proteína y pueden ser aditivos útiles en la dieta de la persona mayor.

A pesar de que la capacidad de absorber calcio disminuye con la edad, aún se requiere calcio en la dieta tanto para mantener un sistema musculoesquelético sano como para promover el correcto funcionamiento de los mecanismos de coagulación de la sangre en el cuerpo. Los individuos mayores pueden beneficiarse de los complementos de calcio, pero deben discutir su empleo con su médico para asegurarse de que otros problemas médicos no los contraindican. Además, es necesario tener precaución para evitar el consumo excesivo de calcio (v. la discusión en Complementos alimentarios). Una ingesta adecuada de vitamina D y magnesio facilita la absorción del calcio.

Se recomienda que los mayores coman al menos 5 porciones de frutas y verduras todos los días. Por desgracia, sólo alrededor de un tercio consume las cantidades recomendadas (Baker, 2007). La enfermera puede discutir con ellos la importancia del consumo adecuado de frutas y verduras, y hacer sugerencias respecto a la variedad de formas en que pueden comerse (p. ej., en batidos o mezclados con yogur o gelatina).

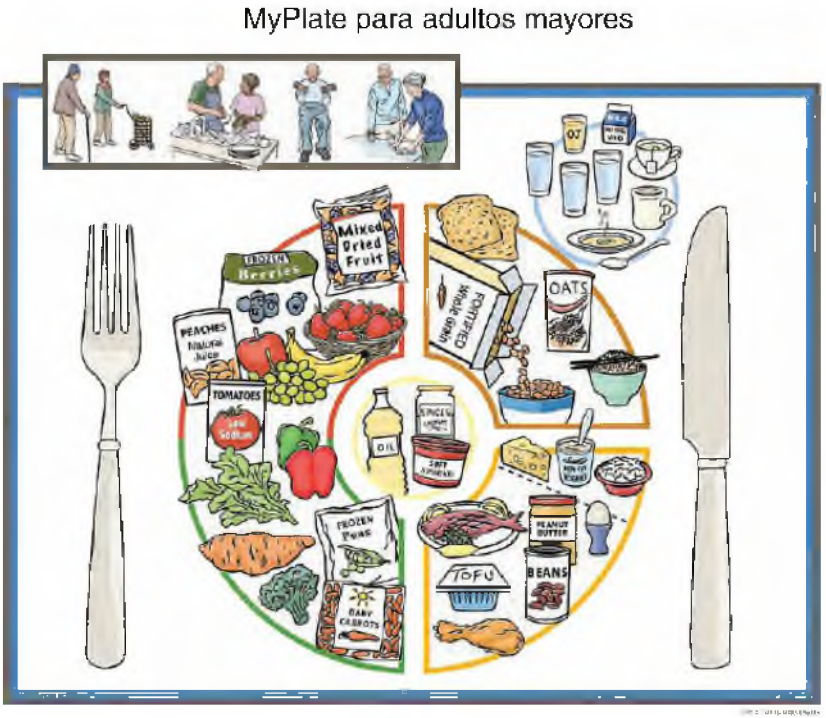


FIGURA 14-2 ■ *MyPlate* modificado para personas mayores (disponible en: http://www.nutrition.tufts.edu/research/myplate-older-adults).

Investigadores del U.S. Department of Agriculture (USDA) Human Nutrition Research Center on Aging (HNRCA) en la Tufts University han propuesto una modificación del USDA's MyPlate que refleja de manera más verídica las necesidades dietéticas de las personas mayores de 70 años (fig. 14-2; Tufts, 2012). Ésta reemplaza la pirámide modificada para personas mayores y proporciona ejemplos de alimentos que son consistentes con las 2010 Dietary Guidelines for Americans del gobierno federal. Estos lineamientos limitan los alimentos ricos en grasas trans y saturadas, sal y azúcares añadidos. Hacen hincapié en los cereales enteros y alimentos con altos niveles de vitaminas y minerales.

PARA REFLEXIONAR

¿Cómo cree que la dieta afecta su cuerpo, mente y espíritu, y viceversa? ¿Hay patrones que modificar y, si es así, cómo?

Complementos alimenticios

Hoy en día, más de la mitad de las personas mayores toma a diario complementos

nutricionales. Las necesidades de vitaminas y minerales para los mayores son indeterminadas y, en la actualidad, es necesario aplicar al grupo de edad avanzada las recomendaciones para la población general adulta. Aunque no son una panacea, los complementos nutricionales pueden compensar la ingesta inadecuada de nutrientes y las deficiencias resultantes de las enfermedades y los efectos de la medicación. Niacina, riboflavina, tiamina y las vitaminas B_6, C y D son los nutrientes que más a menudo se encuentran deficientes en los mayores. Sin embargo, hay que tener cuidado porque las vitaminas, los minerales y las hierbas, en especial a dosis altas, pueden producir efectos adversos (tablas 14-3 y 14-4) e interactúan con muchos medicamentos (tabla 14-5).

Por ejemplo, el consumo excesivo de calcio (es decir, más de 2 000 mg/día) puede ocasionar problemas como cálculos renales. Si se consumen complementos de calcio, no deben tomarse más de 500 mg en cualquier momento porque cantidades mayores no se absorben.

TABLA 14-3 Riesgos relacionados con la ingesta excesiva de vitaminas y minerales seleccionados

Vitamina/ mineral	Posibles efectos con dosis altas
Vitamina D	Depósitos de calcio en los riñones y las arterias
Vitamina K	Coagulación de la sangre
Ácido fólico	Enmascara la deficiencia de vitamina B_{12} (una causa de demencia)
Calcio	Cálculos renales; disminución de la capacidad para absorber otros nutrientes
Potasio	Paro cardíaco

Con el creciente número de productos disponibles enriquecidos con calcio, las personas mayores deben revisar las etiquetas y el total de calcio que consumen de diversas fuentes. También debe tenerse en cuenta la comida con la que se toman los complementos de calcio, porque el salvado de trigo, las habas de soja y otras leguminosas pueden interferir en la absorción del mismo.

La valoración enfermera debe incluir una revisión del tipo y la cantidad de complementos nutricionales utilizados. Las enfermeras pueden animar a los mayores a evitar la ingesta excesiva de complementos y revisar su empleo con los profesionales de salud.

CONCEPTO CLAVE

Vitaminas, minerales y complementos a base de hierbas pueden ser beneficiosos, pero debe tenerse precaución para evitar las consecuencias adversas de su mal uso.

Necesidades especiales de las mujeres

Las enfermedades del corazón, el cáncer y la osteoporosis son algunas de los padecimientos relacionados con la nutrición a los que las mujeres mayores están expuestas. La atención a los requisitos dietéticos y la disminución de los riesgos vinculados con la dieta pueden reducir algunos de estos problemas.

TABLA 14-4 Efectos adversos del uso prolongado o excesivo de hierbas seleccionadas

Efecto negativo	Hierbas causales
Anorexia	Té verde
Arritmias	Aloe (interna), cáscara sagrada, ma huang
Estreñimiento	Acacia, agrimonia, dorada, hierba de San Juan
Diarrea	Cáscara sagrada, cayena, daffodil, eucalipto, té verde, soja
Eczema	Ajo, cebolla
Edema	Aloe, espino cerval, cáscara sagrada, ruibarbo
Fiebre	Equinácea
Molestias gastrointestinales	Cayena, kavakava, palma enana americana, valeriana
Cefalea	Cimicífuga racemosa, té verde, lirio del valle, ma huang, valeriana
Hipopotasemia	Cerval, cáscara sagrada, ruibarbo
Hipotensión	Cimicífuga racemosa, baya de espino
Insomnio	Té verde, ma huang, valeriana
Ictericia	Kavakava
Daño hepático	Cayena, camedrio, uva del oso
Náuseas/vómito	Cimicífuga racemosa, celandine, daffodil, equinácea, eucalipto, té verde, lirio del valle, madera de sándalo, uva del oso
Urticaria	Levadura de cerveza, psyllium
Vértigo	Té verde

De los 64 a los 74 años de edad, la tasa de cardiopatías entre las mujeres es igual a la de los hombres. La reducción de la ingesta de grasa al 30% de kcal o menos (70 g en una dieta de 1 800 kcal) puede ser beneficiosa para disminuir el riesgo de enfermedades cardiovasculares en mujeres de edad avanzada. La investigación intenta revelar el papel de la baja ingesta de grasa en la reducción del riesgo de cáncer de mama, lo que podría apoyar otro de los beneficios de limitar el consumo de grasas. El consumo de alcohol también tiene un papel en el cáncer de mama; la ingesta diaria de 40 g o más de alcohol se ha relacionado con un mayor riesgo de cáncer de mama (40 g de alcohol son iguales a 30 onzas [850 ml] de cerveza o 3 onzas [85 ml] de whisky de 100 grados). Por lo tanto, es aconsejable disminuir la ingesta de alcohol.

TABLA 14-5 Interacciones hierbas-fármacos

Hierba	Fármaco	Interacción
Aloe barbadensis	Glucósidos cardíacos	Incremento de los efectos del fármaco
	Corticoesteroides	Incremento de la pérdida de potasio
	Diuréticos tiazídicos	Incremento de la pérdida de potasio
Cáscara sagrada	Diuréticos tiazídicos	Incremento de la pérdida de potasio
Hierba de Santamaría	Salicilatos	Incremento del efecto antitrombótico
	Warfarina sódica	Incremento del efecto antitrombótico
Ginkgo biloba	Antitrombóticos	Incremento del efecto antitrombótico
Kavakava	Depresores del sistema nervioso central	Incremento de la sedación
Sauce blanco	Salicilatos	Incremento del efecto antitrombótico

Casi todas las mujeres se ven afectadas por cierto grado de osteoporosis en el momento en que llegan a la séptima década de la vida. La reducción de los estrógenos, la obesidad, la inactividad, el tabaquismo y el consumo excesivo de cafeína y alcohol incrementan el riesgo de pérdida de masa ósea. El riesgo de fractura de los huesos más frágiles y sus complicaciones deben considerarse en la prevención de la pérdida ósea mediante el control de los riesgos. Las mujeres posmenopáusicas deben tener una ingesta diaria de calcio de al menos 1000 mg. El carbonato y el citrato de calcio son las presentaciones más comunes de complemento de calcio. El carbonato de calcio, la forma más rentable, debe tomarse con una comida en dosis de no más de 500 mg a la vez para asegurar una absorción óptima (Straub, 2007).

NECESIDADES DE HIDRATACIÓN DE LOS MAYORES

Con la edad, se pierde líquido intracelular, lo que se traduce en una disminución de los líquidos corporales totales. Mientras que el agua comprende alrededor del 60% del peso corporal en los adultos más jóvenes, constituye el 50% o menos de dicho peso en los mayores. Esto reduce el margen de seguridad de cualquier pérdida de líquidos; una reducción de la ingesta de líquidos o un incremento de su pérdida que sería sólo un problema menor en una persona más joven, podría ser mortal para una persona mayor. El Institute of Medicine recomienda la ingesta de 3,7 l/día de líquidos para los hombres mayores de 50 años y de 2,7 l/día para las mujeres del mismo grupo de edad (equivalente a 11 a 15 vasos que contienen 8 onzas [250 ml]). Algunos trastornos de salud pueden requerir la ingesta de menos líquido. Las enfermeras deben evaluar los factores que pueden ser causa de que los adultos mayores consuman menos líquidos, tales como:

- Disminución de la sensación de la sed en relación con la edad.
- Miedo de incontinencia (alteración física y falta de oportunidades para ir al sanitario).
- Poco acceso a líquidos.
- Incapacidad para obtener o beber líquidos de manera independiente.
- Pérdida de motivación.
- Cognición o humor alterados.

- Náuseas, vómito y dispepsia.

Cuando estos factores están presentes o si existe cualquier sospecha acerca de la adecuación de la ingesta o la eliminación de líquidos, deben supervisarse y registrarse los ingresos y la eliminación (véase Razonamiento del diagnóstico enfermero: déficit de volumen de líquidos).

RAZONAMIENTO DEL DIAGNÓSTICO ENFERMERO

DÉFICIT DE VOLUMEN DE LÍQUIDOS

Generalidades

Déficit de volumen de líquidos se refiere a un estado de deshidratación en el cual el líquido intracelular, extracelular o vascular es menor que el requerido por el cuerpo. Este trastorno puede evidenciarse como aumento de la eliminación, disminución del consumo, orina concentrada, pérdida de peso, hipotensión, incremento del pulso, turgencia deficiente de la piel, sequedad de la piel y las membranas mucosas, aumento de la temperatura corporal, debilidad e incremento de la creatinina sérica, el nitrógeno ureico sanguíneo y el hematocrito.

Factores causales o contribuyentes

Vómito, diarrea, poliuria, drenaje excesivo, sudoración profusa, aumento de la tasa metabólica, ingesta insuficiente por limitación física o mental, escaso acceso a líquidos, medicamentos (p. ej., diuréticos, laxantes, sedantes).

Objetivo

Que el paciente muestre un balance entre ingesta y eliminación dentro de 200 ml y se identifiquen y corrijan las causas del problema.

Intervenciones enfermeras

- Realizar una valoración exhaustiva para identificar las causas subyacentes del déficit de volumen de líquidos; obtener el tratamiento para la causa subyacente según se requiera.
- Mantener un balance estricto de los ingresos y la eliminación de líquidos.
- Vigilar estrechamente signos vitales, densidad específica de la orina, turgencia de la piel y estado mental.
- Vigilar diariamente el peso del paciente mientras se corrige el problema.
- Motivar la ingesta de agua, por lo menos 3,7 l/día en varones y 2,7 l/día en mujeres cada 24 h a menos que haya contraindicaciones; ofrecer alimentos con alto contenido de agua (p. ej., gelatinas, licuados, sopa); mantener líquidos a disposición del paciente.
- Consultar a un médico para determinar la necesidad de restituir líquidos por vía intravenosa; si está prescrito, vigilar con cuidado por riesgo de sobrehidratación en personas mayores.
- Ayudar a o proporcionar una higiene bucal adecuada.
- Identificar a las personas en riesgo de deshidratación y vigilar de cerca los ingresos

y la eliminación de líquidos.

La restricción de líquidos no sólo predispone a los mayores a infecciones, estreñimiento y disminución de la distensibilidad vesical, sino que también puede conducir a un serio desequilibrio de líquidos y electrolitos. La deshidratación, un trastorno que amenaza la vida de las personas mayores debido a su ya reducida cantidad de líquido corporal, se manifiesta por una piel seca e inelástica, una lengua seca de color marrón, las mejillas hundidas, una orina concentrada, una elevación del valor de urea sanguínea por encima de 60 mg/dl y, en algunos casos, por confusión.

En el otro extremo, las personas mayores también son más sensibles a la sobrehidratación secundaria a disminución de las funciones cardiovascular y renal. La sobrehidratación es una consideración si se necesitan líquidos intravenosos con fines terapéuticos.

CONCEPTO CLAVE

La disminución de los líquidos corporales relacionada con la edad reduce el margen de seguridad cuando se ingiere una cantidad insuficiente de agua o se incrementan las pérdidas de líquido.

PROMOCIÓN DE LA SALUD BUCAL

Las encías libres de dolor y los dientes en buen estado promueven la ingestión de una variedad más amplia de alimentos. La capacidad para satisfacer las necesidades nutricionales en la vejez se ve influida por la atención dental básica durante toda la vida. Un cuidado dental deficiente, las influencias ambientales, la nutrición inapropiada y los cambios en el tejido gingival a menudo contribuyen a la pérdida de dientes grave en las personas mayores. Después de la tercera década de la vida, la enfermedad periodontal se convierte en la primera causa de pérdida de dientes; a los 70 años de edad, la mayoría de las personas los pierde casi todos. Un número creciente de personas mayores está preservando sus dientes a medida que envejece; sin embargo, si no prestaran atención a la prevención de la enfermedad periodontal, también podrían enfrentarse a la edad avanzada sin sus dientes naturales. Además de los métodos de enseñanza para prevenir la enfermedad periodontal, las enfermeras deben asegurarse de que los adultos mayores y sus cuidadores comprendan los signos de esta problemática para que puedan buscar ayuda en el momento oportuno. Los signos de la enfermedad periodontal incluyen:

- Sangrado de las encías, en particular cuando se cepillan los dientes.
- Enrojecimiento, hinchazón, dolor en las encías.
- Pus en la línea de las encías cuando se ejerce presión.
- Mal aliento crónico.
- Debilitamiento de la inserción dental en la línea de las encías.

El uso de un cepillo de dientes es más eficaz que los hisopos u otros dispositivos suaves para la mejora de los tejidos gingivales y la eliminación de la placa dental. Los hisopos con limón y glicerina secan la mucosa bucal y contribuyen a la erosión del esmalte de los dientes. Los enjuagues bucales con alto contenido de alcohol pueden ser demasiado fuertes para las bocas de las personas mayores; se recomienda diluir un enjuague bucal comercial con agua (por partes iguales). Debe tenerse cuidado de no lesionar los tejidos al realizar la higiene bucal, ya que son más sensibles, frágiles y propensos a la irritación en los mayores. Los dientes que están flojos deben extraerse para evitar que se aspiren y causen un absceso pulmonar.

Resulta obvio que toda una vida de mala atención dental no puede revertirse. Los problemas dentales que se presentan a edades avanzadas deben prevenirse en las fases tempranas de la vida. Aunque la especialidad de odontología geriátrica ha crecido, muchas personas no tienen acceso a este servicio o carecen de los medios económicos para hacer uso de este tipo de atención. Mediante la educación, las enfermeras pueden sensibilizar a la población sobre la importancia de una atención dental adecuada y regular, y de la higiene bucal en todas las edades, e informar a los pacientes que el envejecimiento por sí solo no siempre se vincula con la pérdida de dientes.

Muchas personas mayores creen que tener dentaduras postizas elimina la necesidad de atención dental. Las enfermeras deben corregir este error y fomentar el cuidado dental continuo de la persona con dentadura. El dentista puede detectar y corregir las lesiones, infecciones y otras enfermedades para evitar el desarrollo de complicaciones serias. Los cambios en la estructura del tejido pueden afectar el ajuste de las prótesis dentales, que luego requieren reajustes. Las prótesis dentales mal ajustadas no siempre deben reemplazarse; a veces es posible alinearlas para garantizar un ajuste adecuado. Las enfermeras pueden explicar esto a los mayores, que quizás se resistan a la corrección debido a la preocupación por los gastos que implica. Lo más importante: las prótesis dentales deben utilizarse y no mantenerse en los bolsillos o el cajón del tocador. El uso de aparatos dentales permite una adecuada masticación y alienta a las personas mayores a introducir una mayor variedad de alimentos en su dieta.

CONCEPTO CLAVE

Los problemas dentales pueden afectar casi todos los sistemas corporales; por lo tanto, deben identificarse y corregirse oportunamente.

PROBLEMAS RELACIONADOS CON UNA BUENA NUTRICIÓN

Indigestión e intolerancia a los alimentos

La indigestión y la intolerancia a los alimentos son frecuentes entre las personas mayores como resultado de disminución de la motilidad gástrica, menor secreción gástrica y tiempo de vaciado gástrico más lento. Los mayores con frecuencia tratan de manejar estos problemas mediante el uso de antiácidos o limitando la ingesta de

alimentos, pero ambas estrategias pueden predisponerlos a otros riesgos. Deben explorarse otros medios para manejar estos problemas. Por ejemplo, la enfermera puede sugerir que el paciente coma varias comidas ligeras en lugar de tres copiosas. Esto no sólo proporciona una menor cantidad de alimentos para ser digeridos de una sola vez, sino también ayuda a mantener un nivel más estable de glucosa en sangre durante todo el día. Evitar o limitar los alimentos fritos puede ser útil, ya que es más fácil digerir los alimentos asados, hervidos u horneados. Cuando experimenta intolerancia a los alimentos, la persona puede eliminar ciertos alimentos de la dieta. A menudo, los mayores necesitan ayuda para identificar los alimentos problema, sobre todo si han formado parte de sus dietas durante toda la vida. Sentar al paciente en una posición de Fowler alta mientras come y los siguientes 30 min después de las comidas es de gran ayuda porque incrementa el tamaño de las cavidades abdominal y torácica, proporciona más espacio para el estómago y facilita la deglución y la digestión. Por último, asegurar una ingesta adecuada de líquidos y la realización de actividad promueven el progreso de los alimentos a través del tracto digestivo.

CONCEPTO CLAVE

Las restricciones dietéticas autoimpuestas y el uso inadecuado de antiácidos para el manejo de la indigestión pueden generar una serie de nuevos problemas a las personas mayores.

Anorexia

La anorexia se relaciona con diversas situaciones, incluidos los efectos secundarios de la medicación, la inactividad, la enfermedad física, o los cambios relacionados con la edad, como la disminución de las sensaciones del gusto y el olfato, la reducción de la producción de la hormona leptina y los cambios gástricos que causan saciedad con la ingesta de volúmenes más pequeños de alimentos. En las personas mayores en particular, las pérdidas y las tensiones (p. ej., la muerte de seres queridos, la soledad, las preocupaciones financieras y los efectos de las enfermedades crónicas) pueden causar ansiedad y depresión, y afectar el apetito.

El paso inicial en el manejo de este problema es identificar su causa. Según la causa, el tratamiento podría consistir en una dieta alta en calorías, remisión a programas sociales, alimentación por sonda, hiperalimentación, terapia psiquiátrica o uso de medicamentos. En algunas ocasiones puede estimularse el apetito con el uso de ciertas plantas, como raíz de jengibre, ginseng, centella asiática y menta. Deben controlarse los ingresos, la eliminación y el peso; la pérdida de peso superior al 5% en un período de 1 mes o al 10% en un período de 6 meses se considera importante y requiere una evaluación.

Disfagia

La incidencia de disfagia aumenta con la edad y puede adoptar diversas formas, como dificultad para mover los alimentos desde la boca hasta el esófago (disfagia de transferencia), a través del esófago (disfagia de transporte) o desde el esófago hasta el estómago (disfagia distal o de entrega). Las afecciones neurológicas, como un

accidente cerebrovascular, pueden causar disfagia, aunque la mayoría de los casos es consecuencia de la enfermedad por reflujo gastroesofágico. Una cuidadosa evaluación que identifique los problemas de deglución específicos es útil en la planificación de las intervenciones adecuadas para la persona que experimenta disfagia. Los factores a considerar incluyen el momento de aparición, los tipos de alimentos con los que se presenta el problema (sólidos o líquidos), la aparición constante o periódica y otros síntomas y complicaciones relacionados (p. ej., aspiración o pérdida de peso). La referencia a un especialista es beneficiosa en la evaluación del problema y para desarrollar un plan de atención individualizado.

Aunque se utilizarán intervenciones específicas para hacer frente a las necesidades del individuo, algunas medidas generales resultan útiles para todos los individuos con disfagia, como tener la persona sentada derecha cada vez que consume alimentos o líquidos, permitir el suficiente tiempo para comer, asegurarse que no hay comida residual en la boca antes de proporcionar más alimentos, colocar porciones pequeñas en la boca, recomendar a la persona que no hable mientras come, mantener disponible una máquina de aspiración y vigilar la ingesta, la eliminación y el peso. A menudo, los líquidos espesos o los alimentos alterados mecánicamente pueden resultar beneficiosos. Es probable que estén recomendadas la inclinación de la cabeza a un lado y la colocación de los alimentos en una parte concreta de la lengua, así como la corrección de un posible problema subyacente, como la obesidad o la eliminación de una obstrucción.

Estreñimiento

El estreñimiento es un problema común entre las personas mayores a causa de peristaltismo más lento, inactividad, efectos secundarios de los medicamentos, así como la tendencia a disminuir la fibra y los líquidos en la dieta. Si la ingesta de alimentos se reduce para aliviar el malestar, el estado nutricional puede estar amenazado. El uso de laxantes u otras medidas de alivio puede dar como resultado diarrea, que lleva a la deshidratación; si se usan laxantes a base de aceite, las vitaminas solubles en grasas (p. ej., A, D, K y E) pueden eliminarse del cuerpo y dar lugar a deficiencias vitamínicas.

Las enfermeras deben reconocer que el estreñimiento es un problema frecuente para los adultos mayores y fomentar medidas preventivas. Es recomendable beber muchos líquidos, ingerir frutas y vegetales, y realizar actividades físicas, así como asignar un tiempo adecuado y regular para las evacuaciones intestinales. La actividad física promueve el peristaltismo y debe fomentarse. La fibra es importante, pero debe usarse con cuidado. La ingesta excesiva de fibra puede causar obstrucción intestinal, diarrea o la formación de bezoares, que son masas densas que se forman en el estómago con semillas, pieles y otros componentes que las fibras de las plantas contienen (Steinberg y Eitan, 2003). La menor acidez gástrica contribuye al desarrollo de bezoares, que se manifiestan por náuseas, vómito, sensación de plenitud gástrica, dolor abdominal y diarrea. La hoja de Senna es un laxante natural eficaz que puede consumirse en forma de tabletas o té. A menudo, las personas son conscientes de que ciertos alimentos (p. ej., plátanos, ciruelas, zanahorias o avena) facilitan la eliminación intestinal y deben incorporarse en la dieta de manera regular. Los

laxantes han de considerarse sólo después de que otras medidas no han tenido éxito y, cuando sea necesario, deben emplearse con mucho cuidado.

Desnutrición

Puesto que la desnutrición es una amenaza potencial y grave para las personas mayores, debe controlarse cuidadosamente. Los factores que contribuyen a este problema incluyen disminución del gusto y la percepción de los olores, reducción de la capacidad de masticación, peristalsis más lenta, disminución de las contracciones de hambre, reducción de la secreción ácida del estómago, menor absorción de los nutrientes por reducción del flujo sanguíneo intestinal y disminución de las células de la superficie de absorción intestinal. Los efectos de los medicamentos pueden contribuir a la desnutrición (recuadro 14-1), lo que refuerza la importancia del empleo de medios no farmacológicos para hacer frente a las alteraciones de salud cuando esto sea posible.

RECUADRO 14-1 Riesgos nutricionales relacionados con medicamentos específicos

Alteraciones hidroelectrolíticas
- Corticoesteroides
- Diuréticos
- Estrógenos
- Laxantes
- Prednisona

Anemia
- Antiinflamatorios no esteroideos
- Colchicina
- Fenilbutazona
- Indometacina
- Metildopa
- Nitrofurantoína
- Oxifenilbutazona
- Sulfonamidas

Anorexia
- Ácido aminosalicílico
- Estimulantes del sistema nervioso central
- Glucósidos cardíacos
- Pirazinamida
- Propranolol

Diarrea
- Ácido ascórbico
- Ampicilina

- Antiinflamatorios no esteroideos
- Cimetidina
- Glucósidos cardíacos
- Laxantes
- Neomicina
- Penicilinas
- Preparaciones de magnesio
- Tetraciclinas

Dispepsia
- Ácido acetilsalicílico
- Antiinflamatorios no esteroideos
- Colchicina
- Corticoesteroides
- Eritromicina
- Estradiol
- Estrógenos
- Fenilbutazona
- Fenoprofeno
- Ibuprofeno
- Indometacina
- Naproxeno
- Oxifenilbutazona
- Probenecid
- Tetraciclina
- Tolmetina

Estreñimiento
- Antiinflamatorios no esteroideos
- Carbonato de calcio
- Cimetidina
- Codeína
- Hidróxido de aluminio
- Narcóticos
- Sedantes-hipnóticos

Náuseas y vómitos
- Alopurinol
- Antiarrítmicos
- Antibióticos
- Anticolinesterasas
- Anticonvulsivantes
- Antihipertensivos
- Antihistamínicos
- Antiinflamatorios no esteroideos

Codeína
Colchicina
Diuréticos
Fármacos quimioterápicos
Glucósidos cardíacos
Hidrato de cloral
Ibuprofeno
Levodopa
Naproxeno
Narcóticos
Potasio
Probenecid
Propranolol
Reserpina
Tamoxifeno
Tiamina
Tolmetina
Vasodilatadores

También deben tenerse en cuenta los factores socioeconómicos que contribuyen a la desnutrición, junto con los patrones de alimentación de toda la vida (p. ej., el antecedente de saltarse el desayuno o el alto consumo de «alimentos basura»).

La apariencia de las personas mayores puede inducir a errores y retrasar la detección de un estado de desnutrición. Algunos de los signos clínicos de desnutrición son:

- Pérdida de peso superior al 5% en el último mes o al 10% en los últimos 6 meses.
- Peso 10% por debajo o 20% por encima del intervalo ideal.
- Concentración sérica de albúmina inferior a 3,5 g por 100 ml.
- Hemoglobina por debajo de 12 g/dl.
- Valor de hematocrito por debajo del 35%.

Otros problemas pueden indicar desnutrición, como delirio, depresión, trastornos de la visión, dermatitis, pérdida de cabello, palidez, retraso en la cicatrización, letargo y fatiga. Es fundamental que las enfermeras utilicen habilidades de valoración para reconocer de forma temprana la desnutrición en los mayores y fomentar las buenas prácticas nutricionales para prevenir su presentación.

DETERMINACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL Y LA HIDRATACIÓN EN LAS PERSONAS MAYORES

Una amplia gama de factores físicos, mentales y socioeconómicos afectan el estado nutricional en la edad avanzada. Como estos factores pueden cambiar, es necesaria

una valoración nutricional regular. Una valoración nutricional eficaz implica la colaboración entre un médico, una enfermera, un nutricionista y un trabajador social. La Guía de valoración 14-1 describe los componentes básicos de la valoración nutricional.

CONCEPTO CLAVE

Diversos factores físicos, psicológicos y socioeconómicos influyen en el estado nutricional.

Las intervenciones específicas que se describen en este capítulo pueden ayudar a revertir las amenazas a la buena nutrición e hidratación. Además, es importante tener en cuenta que, a menudo, algunas pequeñas intervenciones pueden mejorar el estado nutricional de los mayores. Para atender las necesidades nutricionales de esta población, la enfermera debe tener en cuenta una amplia gama de servicios, incluidos programas de asistencia a la nutrición, también conocidos como «sellos de comida» o «comidas a domicilio», asistencia para ir de compras y para preparar los alimentos a través de organizaciones de voluntarios, ayudas domiciliarias para asistencia a la alimentación, programas de alimentación comunitaria y asesoría nutricional y psicológica.

Además de las consideraciones fisiológicas, es importante tener en cuenta los aspectos sociales y culturales de los alimentos. Para muchas personas, la preparación, el servicio y el consumo de los alimentos significan un acto afectuoso. La conexión social con los demás y las celebraciones suelen incluir alimentos. A menudo se expresa agradecimiento mediante la entrega de un regalo comestible. Fomentar entre amigos y familiares invitaciones especiales a las personas mayores que están en el hospital o en la residencia y ayudarles a participar en celebraciones son actos humanitarios. Por ejemplo, en una residencia de adultos mayores, el personal enfermero puede ayudar a la familia de un residente en la búsqueda de un espacio privado en las instalaciones en las que se ofrezca un almuerzo familiar para celebrar un acontecimiento especial.

La enfermera también debe tener en cuenta las variables culturales que afectan la nutrición. Los factores étnicos y religiosos pueden influir tanto en la selección y preparación de alimentos como en los patrones y prácticas de alimentación. En algunas culturas, alimentos específicos se utilizan con beneficios curativos.

Por ejemplo, algunos estadounidenses de origen asiático creen que la salud es el equilibrio del yin y el yang, y pueden seleccionar determinados alimentos calientes o fríos para restablecer ese equilibrio. La comprensión de los factores culturales específicos que afectan las prácticas alimentarias es esencial para la atención individualizada.

GUÍA DE VALORACIÓN 14-1

ESTADO NUTRICIONAL

HISTORIA CLÍNICA

- Revisar la historia clínica y el expediente médico en busca de evidencias de diagnósticos o padecimientos que pueden alterar la compra, la preparación, la ingestión, la digestión, la absorción o la eliminación de los alimentos.
- Revisar los medicamentos que pueden afectar el apetito y el estado nutricional.
- Revisar el tipo y la cantidad de complementos nutricionales utilizados.
- Pedir al paciente que describa su dieta, patrón de alimentación, preferencias alimentarias y restricciones.
- Solicitar que el paciente mantenga un diario de toda la ingesta de alimentos durante una semana.

EXPLORACIÓN FÍSICA

- Inspeccionar el cabello. La pérdida o fragilidad del cabello pueden relacionarse con desnutrición.
- Inspeccionar la piel. Notar «piel de gallina» persistente (deficiencia de vitamina B_6), palidez (anemia), púrpura (deficiencia de vitamina C), pigmentación marrón (deficiencia de niacina), áreas rojas escamosas en pliegues alrededor de los ojos y entre la nariz y la comisura de la boca (deficiencia de riboflavina), dermatitis (deficiencia de zinc) e infecciones por hongos (hiperglucemia).
- Probar la turgencia de la piel. La turgencia de la piel, aunque deficiente en muchos adultos mayores, tiende a ser mejor en las áreas frontales y el esternón; por lo tanto, éstas son las áreas preferidas para tal determinación.
- Determinar el tono muscular, la fuerza y el movimiento. La debilidad muscular puede vincularse con deficiencias de vitaminas y minerales.
- Inspeccionar los ojos. Preguntar acerca de cambios en la visión y problemas de visión nocturna (deficiencia de vitamina A). Determinar el percentil del paciente.
- Inspeccionar la cavidad bucal. Observar la presencia de sequedad (deshidratación), lesiones, estado de la lengua, aliento y estado de los dientes o las prótesis dentales.
- Preguntar acerca de signos y síntomas: dolor en la lengua, indigestión, diarrea, estreñimiento, aversión alimentaria, debilidad, calambres musculares, sensación de ardor, mareos, somnolencia, dolor de huesos, dolor en las articulaciones, forúnculos recurrentes, disnea, disfagia, anorexia y cambios en el apetito.
- Observar si la persona tiene dificultades para beber o comer.

Evaluación bioquímica

- Obtener una muestra de sangre para determinar capacidad total de fijación de hierro, saturación de transferrina, proteína, albúmina, hemoglobina, hematocrito, electrolitos, vitaminas y tiempo de protrombina.

- Obtener una muestra de orina para determinar la gravedad específica.

Medición antropométrica

- Medir y preguntar acerca de cambios en la altura y el peso. Usar la tabla de peso ajustada por edad para evaluar el peso.
- Identificar las pérdidas de peso del 5% en el último mes y del 10% en los últimos 6 meses.
- Determinar la medición del pliegue tricipital (MPT). Para ello, se toma un pliegue de piel y grasa subcutánea a la mitad entre el hombro y el codo, y se mide con un calibrador. Determinar el percentil del paciente.
- Medir la circunferencia del brazo (CB) con una cinta métrica (en centímetros) y utilizarla para calcular la circunferencia muscular del brazo (CMB) con la fórmula:

$$\text{CMB (cm)} = \text{CB (cm)} - (0{,}314 \times \text{MPT [mm]}).$$

La CMB estándar es de 25,3 cm para los hombres y de 23,2 cm para las mujeres. Una CMB por debajo del 90% de la norma se considera desnutrición; por debajo de 60% se considera desnutrición proteico-calórica.

EXAMEN PSICOLÓGICO

- Determinar la función cognitiva.
- Identificar alteraciones del estado de ánimo, el comportamiento, la cognición y el nivel de consciencia. Estar alerta ante signos de depresión (puede relacionarse con deficiencias de vitamina B_6, magnesio o niacina).
- Preguntar acerca de cambios de humor o cognición.

LLEVANDO LA INVESTIGACIÓN A LA VIDA

PERFIL DE LOS USUARIOS DE RESIDENCIAS DE ADULTOS MAYORES CON DEMENCIA QUE REQUIEREN ASISTENCIA PARA EL MANTENIMIENTO BUCAL

Jablonski, R. A., Kolanowski, A. M., & Litaker, M. (2011). Geriatric Nursing, 32(6), 439–449.

Este estudio describe el perfil demográfico, funcional y de conducta de los usuarios de residencias de adultos mayores con demencia que necesitaban ayuda verbal o física para el cuidado de la boca. Los participantes eran usuarios de residencias de adultos mayores con deterioro cognitivo de moderado a grave.

Los investigadores llevaron a cabo revisiones de los antecedentes, valoraciones de las actividades de la vida diaria, entrevistas a los residentes y familiares y, durante un período de 5 días, grabaron en video los

momentos en que los síntomas conductuales fueron más frecuentes.

Los resultados revelaron que los residentes con mayores niveles de educación formal y capacidad funcional en general eran más propensos a requerir apoyo verbal para realizar la limpieza bucal. Eran más hábiles que aquellos con niveles cognitivos más bajos en la comprensión de las instrucciones y el procesamiento de instrucciones verbales; además también tenían puntuaciones significativamente más altas para rasgos de personalidad abierta, por lo que podrían estar más dispuestos a recibir instrucciones.

El grupo que requirió asistencia física para los cuidados bucales era más pasivo en la interacción con las personas y la participación en actividades, y tenían menos habilidades de lenguaje y función motriz. Dada su falta de función motriz e intelectual, tendían a beneficiarse de una intervención conocida como sucesión, en la que el cuidador inicia la actividad y después el residente se hace cargo con algún tipo de asistencia según sea necesario.

Este estudio demostró la utilidad de la evaluación de dominios cognitivos específicos, como el lenguaje y la función motriz, para determinar las estrategias (p. ej., orientación verbal, iniciar tareas y permitir que el residente las continúe y realizar tareas por el residente) que serían las más apropiadas para el cuidado de la boca de las personas mayores con demencia.

REALIDADES PRÁCTICAS

El enfermero Torres recién comenzó a trabajar en una residencia de adultos mayores. En la unidad en la que está asignado, se percata de que no se dan los cuidados bucales. Aunque algunos residentes tienen dientes en mal estado y dentaduras mal ajustadas, no existe un plan para el cuidado dental.

Durante una reunión del personal, el Sr. Torres preguntó acerca de los planes de atención dental para los residentes.

El personal respondió: «Estas personas no tienen dinero para visitar a un dentista; además, el dentista más cercano está casi a 1 h de distancia». El médico dice que si un residente tiene un problema dental se hará una remisión a un dentista por escrito, pero por lo demás, es una pérdida de tiempo y dinero.

El Sr. Torres no está de acuerdo en aceptar esto, pero como nuevo empleado no quiere causar conflictos con el equipo.

¿Qué acciones podría tomar el Sr. Torres?

EJERCICIOS DE PENSAMIENTO CRÍTICO

1. Identificar los diversos requerimientos físicos, mentales y socioeconómicos para una nutrición adecuada.
2. ¿Qué temas deben incluirse en un programa de educación de salud bucal dirigido a adultos mayores?
3. ¿Cómo influyen los medios de comunicación y la publicidad sobre el uso de complementos alimenticios? ¿Qué pueden hacer las enfermeras para

ayudar a los mayores a distinguir entre la realidad y los mitos promovidos por los fabricantes y distribuidores de complementos alimenticios?

4. Describir los factores que pueden influir de manera negativa en la dieta de las personas mayores en una residencia, un hospital o su domicilio.
5. Describir los componentes de una valoración nutricional exhaustiva.

RECURSOS

American Dental Association
http://www.ada.org

Academy of Nutrition and Dietetics
http://www.eatright.org

Food and Nutrition Information Center
www.nal.usda.gov/fnic

Mini Nutritional Assessment
http://mna-elderly.com

National Institute of Dental and Craniofacial Research
www.nidcr.nih.gov

Overeaters Anonymous
http://www.overeaters.org

REFERENCIAS

Baker, H. (2007). Nutrition in the elderly: An overview. *Geriatrics, 62*(7), 28–31.

Dahm, C. C., Keogh, R. H., Spencer, E. A., Greenwood, D. C., Key, T. J., Fentiman, I. S., Rodwell Bingham, S. A., et al. (2010). Dietary fiber and colorectal cancer risk: A nested case-controlled study using food diaries. *Journal of the National Cancer Institute, 102*(9), 614–626.

Du, H., Van Der, A. D., Boshuizen, H. C., Forouhi, N. G., Wareham, N. J., Halkjaer, J., Feskens, E. J., et al. (2010). Dietary fiber and subsequent changes in body weight and waist circumference in European men and women. *Journal of Clinical Nutrition, 91*(2), 329–226.

Hopping, B. N., Erber, E., Grandinetti, A., Verheus, M., Kolonel, L. N., & Maskarinec, G. (2010). Dietary fiber, magnesium, and glycemic load alter risk of type 2 diabetes in a multiethnic cohort in Hawaii. *Journal of Nutrition, 140*(1), 68–74.

Steinberg, J. M., & Eitan, A. (2003). Prickly pear fruit bezoar presenting as rectal perforation in an elderly patient. *International Journal of Colorectal Disease, 18*(4), 5–7.

Straub, D. A. (2007). Calcium supplementation in clinical practice: A review of forms, doses, and indications. *Nutrition in Clinical Practice, 22*(3), 286–296.

Tufts University, 2012. My Plate for Older Adults. Retrieved May 15, 2012, from http://www.nutrition.tufts.edu/research/myplate-older-adults.

LECTURAS RECOMENDADAS

Las lecturas recomendadas relacionadas con este capítulo pueden encontrarse en el sitio web que acompaña al libro. Visítese **http://thepoint.lww.com/espanol-Eliopoulos8e** para acceder a las lecturas

recomendadas y otros recursos adicionales vinculados con este capítulo.

CAPÍTULO 15

Descanso y sueño

RESUMEN DEL CAPÍTULO

Cambios en el sueño relacionados con la edad

Ciclos circadianos de sueño y vigilia.

Etapas del sueño.

Eficiencia y calidad del sueño.

Trastornos del sueño

Insomnio.

Mioclonía nocturna y síndrome de piernas inquietas.

Apnea del sueño.

Padecimientos médicos que afectan el sueño.

Medicamentos que afectan el sueño.

Otros factores que afectan el sueño.

Fomento del descanso y el sueño en los adultos mayores

Medidas farmacológicas para promover el sueño.

Medidas no farmacológicas para promover el sueño.

Control del dolor.

Todos los seres humanos deben retirarse de la actividad y los estímulos para renovar su energía. Varios períodos de descanso durante el día y un adecuado sueño nocturno ayudan a promover un

patrón saludable de reposo. El hecho de que una persona pase casi un tercio de su vida durmiendo y descansando subraya la importancia de estas actividades. A menudo, el sueño es un reflejo del estado de salud y bienestar; si no se descansa o se es incapaz de dormir, es posible que se deba a la presencia de dolor, estrés o alguna alteración funcional. También es un factor que afecta la salud y el bienestar, ya que la inadecuada calidad o cantidad de sueño se asocia con riesgos para la salud física y mental.

OBJETIVOS DE APRENDIZAJE

Después de estudiar este capítulo, el lector será capaz de:

1. Explicar las diferencias entre jóvenes y mayores en las etapas y los ciclos del sueño.
2. Describir los factores que pueden perturbar el sueño de las personas mayores.
3. Identificar medicamentos y otros medios no farmacológicos para promover el sueño.
4. Discutir la importancia de controlar el dolor para promover el descanso y el sueño.

CONCEPTOS BÁSICOS

Apnea del sueño: trastorno en el que se presentan al menos cinco episodios de cese de la respiración por cada hora de sueño, que duran al menos 10 s y se acompaña de somnolencia diurna.

Avance de fase: dormirse temprano en la noche y despertar temprano en la mañana.

Insomnio: incapacidad para conciliar el sueño, dificultad para permanecer dormido o despertar prematuro.

Mioclonía nocturna: alteración caracterizada por al menos cinco sacudidas o movimientos de las piernas por hora durante el sueño.

Síndrome de piernas inquietas: trastorno neurológico caracterizado por una necesidad incontrolable de mover las piernas cuando uno se encuentra dormido.

Sueño latente: retraso en el inicio del sueño.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

TABLA 15-1 Envejecimiento y riesgos para la capacidad de obtener descanso

Factores causales o contribuyentes	Diagnóstico enfermero
Incremento de los despertares durante el sueño; fases III y IV menos prominentes	Patrón de sueño alterado en relación con fases del sueño menos prominentes
Aumento de la necesidad de orinar durante la noche	Patrón de sueño alterado como resultado de nicturia
Alteración de la percepción del medio ambiente por la noche secundaria a déficit visual y auditivo	Ansiedad y temor relacionados con la dificultad para conciliar el sueño
Mayor incidencia de calambres musculares durante estados de reposo	Dolor agudo derivado de calambres musculares

PARA REFLEXIONAR

¿Cuáles son sus requerimientos específicos de sueño y descanso, y cómo los satisface? ¿Qué nota en su estado físico y emocional cuando el sueño y el descanso han sido insuficientes?

Los cambios que se producen con la edad y las alteraciones que se experimentan en los últimos años de la vida pueden interferir con la capacidad para alcanzar el sueño y el descanso adecuados (tabla Diagnóstico de enfermería 15-1). Es necesaria una valoración astuta para asegurar que las personas mayores están teniendo el suficiente descanso y sueño, e identificar las causas que lo impiden a fin de llevar a cabo una intervención adecuada.

CAMBIOS EN EL SUEÑO RELACIONADOS CON LA EDAD

Insomnio, somnolencia durante el día y siesta son muy frecuentes entre las personas de edad avanzada. En la mayoría de los casos, estas experiencias son consecuencia de los cambios relacionados en los ciclos circadianos de sueño-vigilia y las fases, la eficiencia y la calidad del sueño (Ancoli-Israel y Martin, 2006).

Ciclos circadianos de sueño y vigilia

Las personas mayores son más propensas a dormir temprano por la noche y despertar temprano por la mañana, un comportamiento conocido como *avance de fase* (Ancoli-Israel y Martin, 2006). La cantidad de sueño no cambia, pero las horas en que ocurre varían. Este cambio puede ser frustrante para los mayores que se encuentran cabeceando durante las actividades de la tarde y despiertos en las primeras horas de la

mañana cuando todos duermen. Además, pueden necesitar siestas durante el día para compensar la reducción del sueño nocturno. Adaptar los horarios para compensar las alteraciones del biorritmo podría ser útil. El aumento de la luz natural también tiene influencia en el ritmo circadiano ya que propicia el retraso de una hora de sueño.

Etapas del sueño

Para que un sueño sea tranquilo, deben experimentarse una serie de etapas. Con el envejecimiento se producen cambios en el tiempo invertido en cada etapa (tabla 15-2). Las reducciones de las fases de movimientos oculares lentos y movimientos oculares rápidos (sueño REM) durante el sueño comienzan después de la mediana edad. Las personas mayores duermen menos profundamente, entran y salen de la etapa I del sueño en mayor grado que los adultos más jóvenes y pasan más tiempo en las fases I y II. El tiempo de permanencia en las etapas III y IV de sueño profundo se reduce.

Eficiencia y calidad del sueño

El *sueño latente*, un retraso en el inicio del sueño, es más frecuente en la edad avanzada. A partir de la mediana edad, las personas se vuelven más sensibles a los ruidos mientras duermen y se despiertan con aquellos que no causarían una reacción en personas más jóvenes. Del mismo modo, las personas mayores son más propensas que las jóvenes a despertar por luces encendidas o con cambios en la temperatura ambiente. Es importante tener en cuenta estos factores en el cuidado de los mayores en las instituciones. Si el dormitorio es ruidoso por la noche, un aparato que produzca sonidos relajantes puede enmascarar otros ruidos. Algunas personas encuentran que un aparato de radio encendido logra el mismo efecto.

CONCEPTO CLAVE

Las enfermeras deben ser conscientes de que el ruido y la iluminación derivados de las actividades del personal que los cuidan durante la noche pueden despertar fácilmente a los mayores.

TRASTORNOS DEL SUEÑO

Aproximadamente la mitad de la población adulta se queja de trastornos del sueño; la principal queja es el insomnio. La enfermera puede valorar los trastornos del sueño en la persona mayor con un instrumento de autocalificación como el índice de calidad del sueño de Pittsburgh (*v.* Recursos al final de este capítulo). Además de insomnio, es posible que se quejen de movimientos de las piernas, apnea del sueño, padecimientos médicos y fármacos que pueden alterarles el sueño.

TABLA 15-2 Etapas del sueño y sus diferencias en la edad avanzada

Etapa	Características	Diferencias en la edad avanzada
I	Empieza cabeceando Puede despertarse con facilidad Si no es perturbado, se alcanzará la siguiente etapa en unos pocos minutos	Más tiempo de permanencia en esta etapa, probablemente debido a despertar frecuente; incremento de despertares y cambios en el sueño distinto al de movimientos oculares rápidos (REM)
II	Se alcanza un profundo estado de relajación Se observan algunos movimientos oculares a través de los párpados cerrados Puede despertarse con facilidad	Ningún cambio significativo, aunque el adulto mayor puede pasar más tiempo en esta etapa
III	Primera fase de sueño profundo Reducción de la temperatura y la frecuencia cardiaca Los músculos se relajan Es más difícil ser despertado	Disminución
IV	Sueño profundo y relajación Todas las funciones corporales disminuyen Se requiere una estimulación intensa para despertar Una fase IV del sueño insuficiente puede causar disfunción emocional	Disminución
REM	Se produce la fase REM Aumento de los signos vitales (a veces irregulares) Se ingresa en el sueño REM aproximadamente una vez por cada 90 min de sueño fase IV Si el sueño REM es insuficiente, puede causar disfunción emocional, incluida psicosis	Disminución secundaria a reducción de la cantidad de tiempo de sueño en general[a]

[a] Ciertos medicamentos también pueden disminuir la fase REM, incluido el alcohol, los barbitúricos y los derivados de la fenotiazina.

Insomnio

El insomnio consiste en la dificultad para conciliar o mantener el sueño o despertar prematuramente. Tal vez sea difícil obtener una estimación razonable del problema porque el insomnio puede tener varios significados. Las personas pueden decir que tienen insomnio porque se despiertan a las 5 a. m., tienen dificultad para conciliar el sueño, no duermen bien o van al baño varias veces durante la noche. Esto refuerza la importancia de reconocer el insomnio como un síntoma y de realizar una evaluación exhaustiva de los factores que contribuyen a la interrupción del sueño. El insomnio puede ser un problema a corto plazo (transitorio) asociado con un entorno cambiante, enfermedad, estrés o ansiedad. El insomnio crónico (es decir, que dura 3 semanas o más) puede relacionarse con enfermedades físicas o mentales, factores ambientales y abuso de sustancias o medicamentos. Es posible que los sedantes sean innecesarios si la causa subyacente del insomnio se trata.

Mioclonía nocturna y síndrome de piernas inquietas

Los movimientos espasmódicos de las piernas durante el sueño pueden ocasionar que se despierte durante la noche. Una de esas causas se conoce como mioclonía nocturna, que se caracteriza por al menos cinco sacudidas o movimientos de las piernas durante el sueño. La mioclonía nocturna se relaciona con el uso de los antidepresivos tricíclicos e insuficiencia renal crónica.

La incidencia y gravedad del síndrome de piernas inquietas, un trastorno neurológico caracterizado por la necesidad incontrolable de mover las piernas, se incrementan con la edad. Las personas con síndrome de piernas inquietas pueden

describir las sensaciones con términos como «incomodidad», «electricidad», «picor», «tirones», «hormigueo desagradable» y «dolores». Mover las piernas alivia estas sensaciones, pero también interfiere con el sueño. Puede ser causado por anemia debido a deficiencia de hierro, uremia, enfermedad de Parkinson, artritis reumatoide, diabetes o lesiones neurológicas; se cree que se vincula con alteraciones del metabolismo de la dopamina y el hierro. Los antidepresivos, antihistamínicos, antipsicóticos, el alcohol, la cafeína, la hipoglucemia y los carbohidratos simples y refinados pueden contribuir a este síndrome. La deshidratación empeora los síntomas; beber un vaso de agua puede aliviarlos en algunas personas, lo mismo que los masajes y la aplicación de calor o frío.

A pesar de que la efectividad a largo plazo no ha sido suficientemente estudiada en adultos mayores, en la actualidad la mioclonía nocturna y el síndrome de piernas inquietas se tratan con fármacos dopaminérgicos, benzodiacepinas, opiáceos, anticonvulsivos, adrenérgicos y complementos de hierro.

Apnea del sueño

La apnea del sueño es un trastorno importante en el que se producen al menos cinco episodios de cese de la respiración por hora de sueño, con una duración de al menos 10 s y se acompaña de somnolencia diurna. Se caracteriza por ronquidos, un repentino despertar y respiración difícil. La prevalencia es tres veces mayor en varones que en mujeres y más alta en personas con sobrepeso u obesidad.

Este trastorno puede deberse a un defecto en el sistema nervioso central que afecta el diafragma (apnea central del sueño), una obstrucción en la vía respiratoria superior que interfiere con el flujo normal de aire (apnea obstructiva del sueño) o una combinación de ambos (mixta). El ronquido suele acompañar al tipo obstructivo. La interrupción del sueño puede dar como resultado fatiga y somnolencia durante el día; las enfermeras deben valorar en busca de apnea del sueño cuando se presentan estos síntomas.

Las clínicas de trastornos del sueño y otros recursos ayudan a evaluar la enfermedad y determinar el mejor plan de tratamiento, que podría consistir en reducción de peso, medicamentos, presión positiva continua de las vías respiratorias o cirugía para eliminar determinadas obstrucciones.

Debe evitarse dormir en una posición supina porque ello permite que la lengua caiga hacia atrás y bloquee la vías respiratorias. El alcohol y otras drogas con efectos depresores pueden agravar el problema al disminuir el impulso respiratorio y relajar los músculos de la garganta. Los pacientes deben ser advertidos respecto al uso de maquinaria si tienen somnolencia diurna.

Padecimientos médicos que afectan el sueño

Las alteraciones de la salud, en especial las enfermedades crónicas, pueden interferir con el sueño al producir síntomas como nicturia, incontinencia, dolor, ortopnea, apnea, calambres musculares y temblores. Es posible que los trastornos cardiovasculares que producen isquemia cardíaca nocturna interfieran con el sueño debido a la disnea y la angina transitoria que producen. La fluctuación de los niveles de glucosa en sangre tal vez entorpezca el sueño de las personas que tienen diabetes.

El dolor gástrico puede despertar a los pacientes con enfermedad por reflujo gastroesofágico. Una enfermedad pulmonar obstructiva crónica y otras afecciones respiratorias quizás interrumpen el sueño con tos y disnea. Las afecciones musculoesqueléticas pueden causar dolor. Las personas con demencia tienen fase II y fase REM mínimos, y ninguna fase IV, y se despiertan con frecuencia. La depresión y otros trastornos emocionales pueden alterar el sueño.

Debido a que determinados padecimientos médicos también afectan el sueño, es importante tener en cuenta que los cambios en sus patrones pueden indicar signos de otros problemas no detectados en las personas de edad avanzada. Aunque levantarse temprano por la mañana no es raro en los mayores, es posible que un cambio repentino en los horarios o el insomnio sean sintomáticos de un trastorno emocional o de abuso del alcohol. Los trastornos del sueño también se derivan de problemas cardíacos o respiratorios que producen dificultades como ortopnea o dolor relacionado con la mala circulación periférica. El poco descanso y la falta de sueño durante la noche pueden ser reacciones adversas a los sedantes. El no dormir por las noches tal vez sea un indicio de diabetes. Es importante evaluar tanto la calidad como la cantidad del sueño.

Medicamentos que afectan el sueño

Como los padecimientos médicos, los fármacos que se utilizan para tratarlos pueden afectar el sueño. Los adultos mayores que sufren problemas de insomnio deben identificar y revisar sus medicamentos con el médico. Los fármacos que pueden interrumpir el sueño incluyen anticolinérgicos, antidepresivos, antihipertensivos (algunos de acción central), benzodiacepinas, β-bloqueadores, diuréticos, esteroides, levodopa, teofilina y preparaciones tiroideas. Los hipnóticos que interfieren con la fase REM y las fases de sueño profundo pueden provocar somnolencia durante el día (por su prolongada vida media en las personas mayores) y por tanto crear dificultades para conciliar el sueño.

Ejemplos de fármacos específicos que afectan el sueño comprenden clorhidrato de difenhidramina: nicotina, fluoxetina, teofilina y alprazolam. Muchas de los auxiliares del sueño que se expenden sin receta contienen difenhidramina como ingrediente principal; puesto que esta sustancia conlleva un alto riesgo de efectos secundarios anticolinérgicos en los adultos mayores, deben evitarse.

El sueño puede ser interrumpido por pesadillas causadas por fármacos, en particular aquellos que afectan los neurotransmisores; incluyen algunos ansiolíticos, antidepresivos, antihistamínicos, β-bloqueadores, analgésicos, fármacos antiparkinsonianos, sedantes, parches para dejar de fumar, estatinas y fármacos para el tratamiento de la demencia. Si el paciente comenta que tiene pesadillas, podría ser útil revisar los medicamentos.

Ya que es factible que la cafeína y el alcohol también afecten negativamente el sueño, es recomendable su eliminación en presencia de trastornos del sueño. Las enfermeras pueden educar a las personas mayores sobre el contenido de cafeína de los alimentos y bebidas.

Otros factores que afectan el sueño

Un apartamento situado en una calle muy transitada, los ronquidos del cónyuge, una habitación excesivamente caliente y las luces del pasillo de una residencia de adultos mayores son algunos ejemplos de factores ambientales que interfieren con el sueño. La adaptación a un nuevo entorno, como cuando se es traslado a una residencia de adultos mayores o a la casa donde vive un niño, puede afectar el sueño. La cafeína y el alcohol pueden afectar la capacidad para conciliar y lograr una calidad satisfactoria de sueño. Es posible que el dolor y otros síntomas (p. ej., disnea cuando se duerme boca arriba) causen problemas para dormir y mantener el sueño, al igual que un colchón incómodo. La exploración de estos problemas es una parte importante de la valoración.

FOMENTO DEL DESCANSO Y EL SUEÑO EN LOS ADULTOS MAYORES

Toda valoración debe contener una historia del sueño que incluya:

- Revisión del tiempo empleado en dormir por la noche y tomar siestas, y calidad del sueño.
- Revisión de fármacos.
- Rutinas para dormir.
- Presencia de trastornos del sueño y en tal caso:
  - Duración.
  - Características (p. ej., dificultad para dormirse, quedarse dormido y despertar muy temprano).
  - Tipo de ropa de cama y ambiente de la habitación.
  - Alimentos y líquidos consumidos varias horas antes o a la hora de acostarse.
  - Medicamentos utilizados para tratar trastornos del sueño.
  - Factores que interfieren con el sueño (p. ej., dolor, micción o pesadillas).
  - Efectos (p. ej., somnolencia diurna, irritabilidad y fatiga).
  - Tratamiento.

Cuando un individuo mayor experimenta una alteración del patrón de sueño, la enfermera tiene un papel importante para identificar la manera de mejorar el sueño del paciente (*v.* Razonamiento del diagnóstico enfermero: alteraciones del patrón del sueño). Los planes pueden incluir medidas farmacológicas y no farmacológicas para promover el sueño y medidas para controlar el dolor.

Medidas farmacológicas para promover el sueño

Las personas mayores a menudo tienen dificultades para conciliar el sueño. Desafortunadamente, con frecuencia el primer recurso que se utiliza para fomentar sueño es la administración de sedantes. Los sedantes deben emplearse con el máximo cuidado. Los barbitúricos son depresores generales, sobre todo del sistema nervioso central, y pueden deprimir de forma importante algunas funciones vitales del cuerpo, reducir la tasa metabólica basal más de lo que ya lo está, disminuir la presión arterial,

la actividad mental y el peristaltismo, y por tanto ser la causa del desarrollo de otros problemas. Estos efectos graves, junto con una mayor susceptibilidad a las reacciones adversas, obliga a usar los barbitúricos con extrema precaución. Los sedantes no barbitúricos también crean problemas y sólo deben emplearse cuando sea absolutamente necesario. Debido a que la vida media de los medicamentos es más prolongada en las personas mayores, es posible que los efectos de los sedantes persistan durante el día y el resultado es confusión y lentitud. Algunas veces estos síntomas se tratan con medicamentos, lo que complica aún más la situación. En ocasiones los medicamentos para dormir invierten el ritmo normal del sueño. Todos los sedantes pueden disminuir los movimientos del cuerpo durante el sueño y predisponer a la persona mayor a muchas complicaciones derivadas de la reducción de la movilidad.

Medidas no farmacológicas para promover el sueño

Siempre que sea posible debe recurrirse a alternativas a los sedantes para inducir el sueño. La enfermera puede evaluar los horarios de descanso y actividad, el ambiente en que se duerme y la dieta de la persona mayor para identificar posibles intervenciones.

Horarios de actividad y descanso

Primero se valora el horario de actividades de la persona. La actividad regular satisfactoria favorece el descanso y la relajación (fig. 15-1). Si una persona ha estado inactiva en una cama o silla de ruedas durante todo el día, lo más probable es que no tenga sueño al acostarse. Incluir más estimulación y actividad durante el día tal vez sea una solución.

Las personas muy mayores requieren más tiempo de reposo que debe intercalarse con períodos de actividad a lo largo del día. Muchos adultos mayores centran toda su actividad en la primera parte del día, de modo que tendrán la tarde libre. Por ejemplo, las primeras horas de la mañana pueden dedicarse a la limpieza del hogar, la compra, las reuniones del club, la jardinería, la cocina y el lavado; entonces, las horas de la tarde se utilizan para ver la televisión, leer o coser. Este patrón quizá sea una consecuencia de décadas de trabajo, en las que se trabajaba durante el día y se relajaba durante la noche. Las personas mayores deben conocer las ventajas de estimular las actividades durante todo el día, tomando amplios períodos de descanso y siestas entre las actividades. La enfermera puede ser útil para revisar hora por hora las actividades cotidianas de la persona mayor y ayudar a desarrollar patrones de distribución más equitativa de actividad y descanso durante todo el día.

FIGURA 15-1 ■ La actividad durante el día fomenta el sueño por la noche.

RAZONAMIENTO DEL DIAGNÓSTICO ENFERMERO

ALTERACIONES DEL PATRÓN DEL SUEÑO

Generalidades

Existe una perturbación del patrón de sueño cuando la cantidad o calidad del mismo provoca interrupciones en la actividad diaria. Esta alteración puede manifestarse como problemas para conciliar o mantener el sueño, sueño nocturno de menos de 4 h, somnolencia diurna, bostezos frecuentes, falta de energía o motivación para participar en actividades, presencia de ojeras, debilidad y trastornos del estado de ánimo o la cognición.

Factores causantes o contribuyentes

Disminución de la etapa IV del sueño relacionada con la edad avanzada, nicturia, calambres musculares, ortopnea, disnea, angina de pecho, problemas de circulación periférica, tos, incontinencia, diarrea, actividad o ejercicio insuficientes, inmovilidad, dolor, entorno nuevo, depresión, confusión, ansiedad, medicamentos (p. ej., antidepresivos, antihipertensivos, tranquilizantes), ruido, interrupciones, consumo alto de cafeína.

Objetivos

El paciente deberá:

- Lograr entre 5 y 8 h de sueño al día.
- Estar libre de síntomas y signos vinculados con alteraciones del patrón de sueño.

Intervenciones enfermeras

- Valorar el patrón de sueño. Preguntar al paciente acerca de número, tiempo y calidad de las siestas; patrón de actividad; hora de acostarse; calidad del sueño; tiempo para despertar; síntomas e interrupciones del sueño. Intentar identificar y corregir los factores asociados con los trastornos del sueño.
- Incrementar la actividad diurna; limitar las siestas, reducir el consumo de cafeína.
- Consultar con el médico respecto a la eliminación de los medicamentos que se sabe que interrumpen el sueño.

- Mantener la temperatura de la habitación entre 21 y 24 °C; limitar las interrupciones; proporcionar una luz nocturna.
- Ayudar a los pacientes a ir al baño antes de acostarse. Si se tiene en cuenta que la circulación renal mejora al acostarse, es posible que el paciente necesite ir al baño poco después de irse a la cama.
- Implementar medidas que se sabe que estimulan el sueño, como la música suave, la televisión y el consumo de leche caliente.
- Ofrecer masajes en la espalda, cuidado por la noche y otras medidas de confort para relajar al paciente e inducir el sueño.
- Instruir a los pacientes en medidas para mejorar el sueño.
- Si los sedantes son necesarios, utilizar los que son menos perjudiciales para el ciclo del sueño y vigilar los efectos durante 24 h a partir de la administración del fármaco.
- Reducir el riesgo de lesiones teniendo la cama en la posición más baja, usando barras laterales, proporcionando luz de noche, ajustando la iluminación para que los pacientes no tengan que desplazarse desde el dormitorio oscuro a un cuarto de baño luminoso y alentando al paciente para que pida ayuda para la transferencia y la deambulación cuando sea necesario.
- Registrar o pedir al paciente que registre el patrón de sueño (p. ej., hora de acostarse, momento en que concilia el sueño, veces que despierta durante la noche, signos y síntomas durante el sueño, tiempo necesario para levantarse y autovaloración del descanso obtenido).

Además, debe valorarse la cantidad de tiempo asignado para el sueño. No hay que esperar que la persona mayor que va a dormir a las 8 p. m. sea capaz de dormir hasta las 8 a. m. del día siguiente.

Ambiente

La exposición a la luz solar durante el día puede facilitar el sueño por la noche. Es posible que un baño caliente antes de acostarse promueva la relajación muscular y favorezca el sueño, lo mismo que un masaje en la espalda, una posición cómoda y el alivio del dolor o malestar. Debe proveerse un ambiente con la temperatura preferida por el individuo. Las sábanas de franela y las mantas eléctricas promueven la comodidad y la relajación; las mantas eléctricas deben emplearse para precalentar la cama y apagarse cuando el individuo entra en ella a fin de reducir los riesgos de salud vinculados con los campos electromagnéticos.

Alimentos y complementos alimentarios

Los alimentos ricos en carbohidratos tienden a elevar el nivel de serotonina en el cerebro, lo que podría tener un efecto sedante; por lo tanto, una merienda de proteína y carbohidratos antes de acostarse tal vez favorezca el sueño. El té o la tintura de raíz de valeriana tomados 45 min antes de ir a la cama también pueden facilitar el sueño. El complemento de melatonina (una forma sintética de la hormona que naturalmente es estimulada por la oscuridad) ha ganado popularidad para mejorar la calidad del sueño en los adultos de todas las edades mediante la corrección de los desequilibrios del ritmo circadiano. Debido a que la melatonina y los complementos pueden interactuar con inmunosupresores, antidepresivos, antipsicóticos, warfarina y otros medicamentos, es conveniente que el farmacéutico y el médico revisen la seguridad del uso de melatonina en combinación con otros medicamentos.

CASO A CONSIDERAR

El Sr., y la Sra. E., ambos de 83 años de edad, viven solos en una concurrida zona de alta criminalidad de una gran ciudad. El Sr. E., tiene una demencia leve, pero es capaz de funcionar bien con la ayuda y supervisión de su esposa. Durante el año pasado, sin embargo, ha experimentado cambios significativos en su patrón de sueño, se despierta varias veces durante la noche para ir al baño y duerme la mayor parte del día. Tiene una tendencia a beber refrescos con cafeína cuando despierta si su esposa no se lo impide, por lo que a menudo ella sale de la cama y lo acompaña para asegurarse de que beba líquidos sin cafeína. Los despertares frecuentes de la Sra. E., con su marido le generan un problema complejo a largo plazo ya que se levanta de la cama cuando oye cualquier ruido calle para asegurarse que nadie está entrando en su casa. La Sra. E., no se siente cómoda con dormir siestas durante el día y tiende a sentirse cansada la mayor parte del tiempo.

PENSAMIENTO CRÍTICO

- ¿Qué riesgos presentan los patrones de sueño del Sr., y la Sra., E.?
- ¿Qué recomendaciones pueden hacerse a esta pareja?

CONCEPTO CLAVE

El ejercicio regular, la exposición a la luz solar durante el día y el té de plantas sin cafeína antes de acostarse son tres medidas para ayudar a los mayores a dormir naturalmente.

Manejo del estrés

El estrés es una parte normal de la vida, pero puede interferir en el descanso y el sueño. La mayoría de las personas se enfrenta a una variedad de factores de estrés físico y emocional todos los días, como cambios de temperatura, contaminantes, virus, lesiones, conflictos interpersonales, presiones de tiempo, miedo, malas noticias y tareas desagradables o difíciles. Muchas de las amenazas reales o percibidas al bienestar y equilibrio físico, emocional y social pueden crear estrés. Las demandas y los niveles de actividad no necesariamente se correlacionan con estrés; por ejemplo, un horario muy saturado o numerosas responsabilidades que requieren hacer malabares pueden ser menos estresantes que una existencia aburrida y monótona.

Independientemente de la fuente de tensión, el cuerpo reacciona mediante la estimulación del sistema nervioso simpático. Esto causa la estimulación de la glándula hipófisis, la liberación de hormona adrenocorticotrópica y un incremento del suministro de adrenalina en el cuerpo.

CONCEPTO CLAVE

El estrés crónico no aliviado puede conducir a cardiopatías, hipertensión, enfermedades cerebrovasculares, úlceras y otros trastornos de salud.

Por tanto, es importante evitar el desarrollo de estrés crónico. La clave para controlar el estrés no es evitarlo, sino manejarlo aprendiendo medidas de compensación. Algunas de estas medidas se resumen de la siguiente manera:

- *Responder al estrés de manera saludable*. Una buena nutrición, descanso, ejercicio y otras prácticas saludables fortalecen la capacidad del cuerpo para hacer frente a la

tensión. Cuando se encuentra en una situación estresante, el cumplimiento de estos principios es muy importante. Es conveniente aprender a mantener la calma cuando se enfrentan situaciones de estrés, reaccionar de una manera perjudicial empeora la situación.

- *Manejo del estilo de vida.* Algunas personas llegarían al punto de detener el mundo si no completaran una tarea en un lapso determinado o de una manera específica. Las cosas deben ponerse en perspectiva; por ejemplo, ¿qué diferencia va a hacer realmente si la ropa no se lava hoy o si llega 10 min tarde? Siempre que sea posible, hay que anticiparse a las consecuencias de una situación de manera que la tensión en tal circunstancia impredecible pueda reducirse.
- *Relajación.* Ya se trate de un buen libro, natación, tejido, viajes, música o talla en madera, encontrar algo en que mantenerse ocupado puede proporcionar un respiro a las demandas de la vida. El yoga, la meditación, el *qigong*, la imaginación guiada y los ejercicios de relajación pueden ser eficaces. Además, algunas plantas son beneficiosas: la manzanilla y la lavanda para promover la relajación, y el ginseng americano para proteger el organismo de los efectos nocivos del estrés.
- *Rezar.* La gente de fe cree en un poder superior con quien comparte y comprende las cargas de la vida. La catarsis de los problemas personales mediante la oración también puede ser una actividad inductora de reposo, ya que despeja la mente de las tensiones del día. Además, las palabras o los rituales repetidos que acompañan a los rezos pueden ofrecer los mismos beneficios terapéuticos que la meditación y los ejercicios de relajación.

PARA REFLEXIONAR

¿Cuáles son las tres principales causas de estrés en su vida? ¿Qué está haciendo para minimizar sus efectos negativos? ¿Qué más podría hacer para controlar el estrés?

Control del dolor

La presencia de dolor puede poner en peligro la capacidad de los adultos mayores para obtener descanso y sueño adecuados. Aunque los resultados de estudios de los efectos del envejecimiento sobre la sensibilidad al dolor no son concluyentes, la prevalencia de padecimientos crónicos que causan dolor, como la artrosis y la neuralgia posherpética, es alta entre las personas mayores. El dolor no sólo puede interferir con el sueño, sino que también puede reducir los niveles de actividad, deprimir el estado de ánimo e influir en otros factores que afectan los patrones de sueño y descanso.

La identificación de las causas de dolor es el primer paso esencial para controlarlo. Los padecimientos médicos no diagnosticados pueden ser el origen del problema, pero también lo son los factores psicológicos, una mala postura y las reacciones adversas a medicamentos. Una valoración completa es crucial. Debe tenerse en cuenta factores que precipitan, agravan y alivian el dolor. Las enfermeras pueden ayudar a los pacientes en la autoevaluación del dolor mediante escalas de calificación que utilizan números o diagramas para indicar su intensidad (*v.* cap. 16).

Debido a los riesgos asociados con los medicamentos, deben intentarse medidas no farmacológicas para controlar el dolor siempre que sea posible. Entre estas medidas están la posición correcta, las actividades de ocio, la imaginación guiada, la biorretroalimentación, el yoga, los masajes, el tacto terapéutico, la acupuntura y la terapia magnética. Si los medios no farmacológicos para el alivio del dolor son ineficaces y es necesario recurrir a fármacos, es aconsejable comenzar con el tipo menos potente y la dosis más baja de analgésicos y aumentarlos gradualmente conforme sea necesario. Véase el capítulo 16 para obtener más información del manejo del dolor.

CONCEPTO CLAVE

Masajes, baños calientes, ejercicios de relajación, imaginación guiada y entretenimiento pueden proporcionar un alivio eficaz de muchos tipos de dolor.

LLEVANDO LA INVESTIGACIÓN A LA VIDA

TRASTORNOS RESPIRATORIOS DEL SUEÑO, HIPOXIA Y RIESGO DE DETERIORO COGNITIVO LEVE Y DEMENCIA EN MUJERES MAYORES

Yaffe, K., Laffan, A. M., Harrison, S. L., Redline, S., Spira, A. P., Ensrud, K. E., Stone, K. L., y cols., *(2011). Journal of the American Medical Association, 306(6), 613–619.*

Este estudio examinó la relación entre el sueño y la cognición. Los investigadores identificaron a 298 mujeres que no tenían deterioro cognitivo o demencia. Cuatro años después de la selección inicial, especialistas del sueño fueron a casa de esas mujeres y las vigilaron mientras dormían. Un equipo especializado midió la actividad cerebral, la frecuencia cardíaca, los movimientos de las piernas, la respiración y el oxígeno en la sangre. El equipo fue capaz de identificar la presencia de apnea del sueño.

Un año más tarde (5 años después de la detección cognitiva inicial), las mujeres se sometieron a pruebas para medir las habilidades cognitivas, la memoria y la fluidez verbal. Expertos clínicos revisaron los registros de las mujeres cuyas pruebas sugirieron la presencia de deterioro cognitivo para confirmar el diagnóstico. Se encontró que las mujeres con apnea del sueño eran casi dos veces más propensas a presentar deterioro cognitivo. Aunque los investigadores no pudieron concluir que la apnea del sueño causa demencia, los resultados sugieren que el gasto de una gran parte del tiempo de sueño en un estado de hipoxia, como ocurre con la apnea del sueño, contribuye a la probabilidad de presentar deterioro cognitivo.

Este estudio demuestra la importancia de que las enfermeras obtengan un buen historial de sueño e identifiquen signos de apnea del sueño entre

los mayores. La identificación de apnea del sueño y el apoyo para obtener tratamiento podría prevenir o retrasar la aparición de deterioro cognitivo en personas mayores.

REALIDADES PRÁCTICAS

Una de las unidades del hospital está dedicada a personas con procesos no agudos pero que requieren observación estrecha y tratamiento durante varias semanas. No resulta raro que sea necesario verificar los signos vitales y realizar tratamientos en cualquier momento del día. El ajetreo de la unidad se asemeja a una unidad de cuidados intensivos.

Las enfermeras han notado que los pacientes mayores en particular tienen dificultades para dormir, muestran altos niveles de fatiga durante el día y con frecuencia experimentan delirio. Ellas creen que las interrupciones del sueño son un factor importante.

¿Qué pueden hacer las enfermeras para ayudar a los pacientes mayores a obtener descanso y sueño adecuados mientras atienden sus necesidades de cuidados críticos?

EJERCICIOS DE PENSAMIENTO CRÍTICO

1. ¿Qué medidas no farmacológicas pueden incorporarse al estilo de vida de un adulto mayor para facilitar el sueño?
2. ¿Que causantes de estrés afrontan las personas mayores que sean diferentes a los de otros grupos de edad?

RECURSOS

American Sleep Apnea Association http://www.sleepapnea.org

Hartford Institute of Geriatric Nursing

Try This: Best Practices in Nursing Care to Older Adults, The Pittsburgh Sleep Quality Index
http://www.nursingcenter.com/prodev/ce_article.asp?tid=790064

National Sleep Foundation http://www.sleepfoundation.org

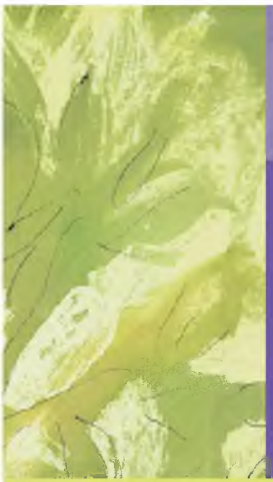
Restless Leg Syndrome Foundation http://www.rls.org

REFERENCIA

Ancoli-Israel, S., & Martin, J. L. (2006). Insomnia and daytime napping in older adults. *Journal of Clinical Sleep Medicine, 15*(2), 333–342.

LECTURAS RECOMENDADAS

Las lecturas recomendadas relacionadas con este capítulo pueden encontrarse en el sitio web que acompaña al libro. Visítese **http://thepoint.lww.com/espanol-Eliopoulos8e** para acceder a las lecturas recomendadas y otros recursos adicionales vinculados con este capítulo.



CAPÍTULO 16

Confort y manejo del dolor

RESUMEN DEL CAPÍTULO

Confort

Dolor: un fenómeno complejo

Prevalencia del dolor en los adultos mayores

- Tipos de dolor.
- Percepción del dolor.
- Efectos del dolor no aliviado.

Valoración del dolor

Un enfoque integral para el manejo del dolor

- Terapias complementarias.
- Cambios en la dieta.
- Tratamiento farmacológico.
- Confort.

CONFORT

Confort es un término relativo. Para algunas personas puede significar el control suficiente del dolor para tener un par de horas de descanso; otros individuos pueden verlo como no experimentar tensión física y mental, y algunos más pueden considerar que ser atendido en un salón de lujo es sinónimo de confort. La palabra

confort se deriva del latín *confortare*, que significa reforzar en gran medida. El diccionario Webster ofrece definiciones que incluyen «aliviar de la angustia, disminuir la miseria, estar libre de dolor y preocupaciones, mantener la calma e inspirar la esperanza». Desde una perspectiva holística, el confort puede verse como una sensación de paz física, emocional, social y espiritual, y bienestar.

OBJETIVOS DE APRENDIZAJE

Después de estudiar este capítulo, el lector será capaz de:

1. Definir el dolor.
2. Describir las características y los efectos del dolor crónico en las personas mayores.
3. Describir los componentes de una valoración integral del dolor.
4. Describir los componentes de un plan de control del dolor, incluidos terapias complementarias, cambios en la dieta, medicamentos y estrategias reconfortantes.

CONCEPTOS BÁSICOS

Dolor agudo: dolor de aparición brusca y corta duración.

Dolor neuropático: se produce a partir de un procesamiento anormal de los estímulos sensoriales por el sistema nervioso central o periférico.

Dolor nociceptivo: surge de estímulos nocivos mecánicos, térmicos o químicos; puede ser somático o visceral.

Dolor persistente: dolor crónico que ha estado presente durante 3 meses o más.

El confort tiende a ser un estado que a menudo se da por sentado hasta que se ve amenazado. Quienes se encuentran sin dolor ni angustia no piensan mucho en el confort que experimentan. Pero entonces algo pasa—surge un dolor implacable en el abdomen, se sienten molestias en las articulaciones al hacer las tareas rutinarias, se encuentra un bulto sospechoso en una mama— y el estado de confort se trastorna. Desafortunadamente, la incidencia de factores que pueden amenazar el confort aumenta con el avance de la edad.

DOLOR: UN FENÓMENO COMPLEJO

El dolor es la mayor amenaza al confort. Una definición de dolor que se aceptó durante décadas lo describe como «una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada con daño tisular real o potencial» (American Pain Society, 2003; International Association for the Study of Pain, 2012). Ahora se acepta que el dolor es subjetivo y depende de la percepción y la memoria del paciente

(International Association for the Study of Pain, 2012).

CONCEPTO CLAVE

El dolor se refiere como el «quinto signo vital» porque es un indicador importante del estado de salud de las personas.

PREVALENCIA DEL DOLOR EN LOS ADULTOS MAYORES

El dolor es muy prevalente en la población de edad avanzada; la mayoría experimenta cierto grado de dolor todos los días (Horgas, Elliott y Marsiske, 2009).

El impacto del dolor es de gran alcance y es cada vez más frecuente con la edad. El National Center for Health Statistics (2006) informa que:

- Una de cada cuatro personas mayores refiere haber sufrido un episodio de dolor con duración de al menos 24 h en el último mes.
- Tres quintas partes de los mayores de 65 años dijeron que habían experimentado dolor que se prolongó durante 1 año o más.
- El dolor lumbar es una de las quejas más comunes, junto con la migraña o cefalea intensa y el dolor o la rigidez articular. La rodilla es la articulación que produce la mayor parte del dolor según el informe. (Curiosamente, las cirugías de prótesis de rodilla se han incrementado de forma significativa entre los mayores de 65 años.)
- La información de dolor intenso de las articulaciones aumenta con la edad y las mujeres refieren dolor intenso en las articulaciones con más frecuencia que los hombres.

Puede ser difícil determinar la exactitud de la prevalencia del dolor en las personas mayores. Por un lado, es posible que notifiquen menos la presencia de dolor porque no quieren ser identificados como quejosos, porque carecen de los fondos para buscar tratamiento o porque erróneamente creen que el dolor forma parte de ser mayor. Por otro lado, el dolor podría ser utilizado excesivamente por algunas personas mayores que ven en este síntoma un medio eficaz para conseguir la atención de los miembros de la familia y los profesionales de la salud. Estas posibilidades refuerzan la importancia de explorar la presencia de dolor durante cada evaluación y de revisar las relaciones de este síntoma con otros factores (físicos, emocionales, socioeconómicos y espirituales).

CONCEPTO CLAVE

El complejo fenómeno del dolor es un factor de estrés que afecta el bienestar físico, emocional y espiritual.

Tipos de dolor

Hay varias formas de clasificar el dolor. Una de ellas es por el mecanismo

fisiopatológico que lo causa. Los dos tipos principales que surgen por lesiones en los tejidos son el dolor nociceptivo y el dolor neuropático. El *dolor nociceptivo* se debe a estímulos mecánicos, térmicos, químicos o nocivos a los nociceptores aferentes A-delta y C. Estos nociceptores se encuentran en fascias, músculos, articulaciones y otras estructuras profundas, y su activación produce una transducción de los estímulos dolorosos a lo largo de la fibra aferente primaria del asta dorsal de la columna vertebral. Los neurotransmisores (p. ej., somatostatina, colecistocinina y sustancia P) llevan la señal de dolor a través de las neuronas secundarias al cerebro, donde se interpreta la señal. Las formas comunes de dolor nociceptivo incluyen:

- Dolor somático: característico del dolor en masas de tejidos óseos y blandos. El dolor está bien localizado y se describe como pulsátil o dolorimiento.
- Dolor visceral: asociado con trastornos que pueden causar dolor generalizado o referido. El dolor se describe como profundo y sordo.

El *dolor neuropático* se produce a partir de un procesamiento anormal de los estímulos sensoriales por el sistema nervioso central o periférico y se vincula con neuropatías diabéticas, neuralgias posherpéticas y otras agresiones al sistema nervioso. El dolor es agudo y punzante, en forma de hormigueo o ardor, con un inicio repentino de alta intensidad. Puede durar unos pocos segundos o persistir por un período más largo.

El dolor también se describe de acuerdo con su aparición y duración. El *dolor agudo* tiene un comienzo brusco, puede ser grave, pero dura poco tiempo; por lo general responde a analgésicos y otros métodos de control. El *dolor persistente o crónico* es el que ha estado presente durante 3 meses o más, y puede ser de intensidad moderada a grave. El *dolor agudo* tiene el potencial de convertirse en dolor persistente.

Percepción del dolor

El papel de la edad en la percepción del dolor no está claro. Los resultados de estudios que examinan los efectos del envejecimiento en la sensibilidad al dolor varían según el tipo de dolor. Hay algunas evidencias de una reducción de la sensibilidad al dolor térmico con el avance de la edad (Gagliese y Katz, 2003; Lariviere, Goffaux, Marchand y Julien, 2007). Aunque la investigación sobre el envejecimiento y el umbral de dolor mecánico ha sido mínima, los escasos estudios realizados indican una disminución de la sensibilidad al dolor mecánico en las personas mayores (Pickering, Jourdan, Eschalier y Dubray, 2002). Los estudios no han revelado un efecto de la edad en los umbrales eléctricos de dolor. Por otra parte, las enfermedades crónicas que son frecuentes en etapas tardías de la vida complican la comprensión de los efectos del envejecimiento en la experiencia del dolor. Por ejemplo, es posible que los adultos mayores no tengan una reducción de la sensibilidad al dolor, sino que más bien experimenten una disminución de la transmisión de señales a los tejidos enfermos. Queda mucho por aprender acerca de la relación entre el envejecimiento y la percepción del dolor.

CONCEPTO CLAVE

La investigación no es concluyente en cuanto al papel del envejecimiento sobre la percepción y tolerancia al dolor, por lo que la enfermera debe tratar de valorar y entender la experiencia única de dolor en cada paciente.

Efectos del dolor no aliviado

El dolor continuo puede comportar muchas complicaciones en los mayores. Por ejemplo, si el movimiento causa dolor, es posible que la persona limite su movilidad y en consecuencia desarrolle úlceras por presión, neumonía y estreñimiento. El dolor que experimenta un individuo puede llevarlo a tener poco apetito o carecer de la motivación para comer y beber adecuadamente, lo que quizá le produzca desnutrición y deshidratación. La experiencia de dolor crónico o implacable puede hacer que una persona se deprima y experimente desesperanza y ansiedad espiritual. El manejo eficaz del dolor es esencial para proporcionar su alivio adecuado y reducir el riesgo de complicaciones.

PARA REFLEXIONAR

Piense en el peor dolor que ha experimentado. ¿Cómo afectó sus actividades, relaciones y perspectivas?

VALORACIÓN DEL DOLOR

El manejo eficaz del dolor comienza con la evaluación cualitativa y cuantitativa de este síntoma. Las investigaciones sobre la presencia de dolor son un componente esencial de toda valoración. Cuando los pacientes dicen que experimentan dolor, las enfermeras pueden pedirles que lo describan mediante preguntas similares a las que se muestran en la Guía de valoración 16-1. Estas preguntas facilitan la descripción específica más que aquellas que tienen sólo las respuestas sí o no, y ofrecen mejores perspectivas acerca de la experiencia de dolor. Si se utilizan medicamentos para controlar el dolor, deben hacerse preguntas específicas respecto a tipo, dosis, frecuencia y eficacia. Cuanto más detallado sea el interrogatorio al paciente que sufre dolor, mayor será la probabilidad de desarrollar un plan eficaz de tratamiento.

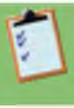
La exploración física ofrece información adicional del dolor de los pacientes. Deben examinarse las áreas dolorosas identificadas durante la entrevista para determinar la presencia de palidez, hinchazón, puntos desencadenantes y otros signos. La enfermera toma nota de la sensibilidad al tacto y las restricciones al movimiento en la zona mientras observa el lenguaje corporal indicativo de dolor (p. ej., hacer muecas, apoyarse en un lado o frotarse un área).

La valoración continua es esencial para determinar el estado del dolor y la efectividad de las intervenciones.

Los pacientes con deterioro cognitivo presentan proble especiales para la valoración del dolor. Es posible que no tengan la capacidad para interpretar o informar sus síntomas; por lo tanto, recae una mayor carga sobre la enfermera para identificar y valorar adecuadamente el dolor. El recuadro 16-1 enumera los signos

que pueden indicar dolor en personas con deficiencias cognitivas. Que los pacientes con deterioro cognitivo no expresen de modo específico la presencia de este síntoma no significa que estén libres de dolor. Cuando la enfermera identifica manifestaciones específicas de dolor en el paciente, debe asegurarse de que están bien documentadas en el expediente para una referencia futura en la valoración.

Los factores culturales también deben tenerse en cuenta durante la valoración del dolor. En algunas culturas, las personas son educadas para tolerar el dolor sin expresarlo, mientras que en otros grupos, la expresión dramática del dolor puede ser la norma. Del mismo modo, algunos hombres quizás hayan sido criados con la creencia de que «los hombres de verdad no admiten el dolor» y no reconocen la gravedad de su malestar. Estos factores respaldan que la enfermera deba ser cuidadosa y hábil cuando valora el dolor.



GUÍA DE VALORACIÓN 16-1
DOLOR

ANTECEDENTES MÉDICOS

- Padecimientos agudos.
- Padecimientos crónicos.
- Cirugías.
- Medicamentos.
- Últimos acontecimientos importantes (p. ej., traslado, muerte del cónyuge, caídas).

OBSERVACIONES GENERALES

- Muecas, llanto, gemidos, apretar los puños.
- Limitaciones al movimiento.
- Favorecer una parte corporal específica.
- Decoloración.
- Hinchazón.

ENTREVISTA

- ¿Dónde se localiza el dolor? ¿Se queda en un solo lugar o se transfiere a otros sitios?
- ¿Cómo se siente? ¿Como un apuñalamiento? ¿Es pulsátil? ¿Es sordo? ¿Es agudo?
- En una escala de 0 a 10, donde 0 es ausencia de dolor y 10 dolor insoportable, ¿cómo calificaría su dolor típico? ¿Cómo lo calificaría cuando está en su mejor momento? ¿Y en su peor momento?
- ¿Con qué frecuencia ocurre? ¿Varias veces al día? ¿A diario? ¿Un par de veces a la semana? ¿Cada pocas semanas?
- ¿Cuánto tiempo dura? ¿Pocos segundos? ¿Pocas horas? ¿Todo el día?
- ¿El dolor se relaciona con algún problema médico, lesiones o acontecimientos inusuales?
- ¿Qué factores parecen mejorarlo?
- ¿Qué factores lo empeoran? ¿Actividad? ¿Clima? ¿Estrés?
- ¿Es peor en ciertos momentos del día?
- ¿Qué ayuda a aliviar el dolor? ¿Medicamentos? ¿Posiciones? ¿Tratamientos especiales?
- Si se utilizan medicamentos, ¿qué son, cuál es su dosis, cómo se toman y qué efectos producen?
- ¿Se usan terapias complementarias o alternativas? Si es así, ¿qué, cómo y con qué resultados?

- ¿De qué manera afecta su vida el dolor? ¿Su sueño? ¿Su apetito? ¿Su actividad? ¿Su socialización? ¿Su cuidado personal? ¿Sus responsabilidades en el hogar? ¿Sus relaciones?

EXPLORACIÓN FÍSICA

- Rango de movimiento.
- Sensibilidad al tacto, mecanismos de defensa.
- Temperatura del área afectada en comparación con zonas adyacentes.
- Debilidad, entumecimiento.
- Hinchazón.
- Contusiones, cortes.
- Inflamación.

RECUADRO 16-1 Signos que podrían indicar dolor en personas con deterioro cognitivo

- Muecas.
- Llanto y gemidos.
- Incremento de los signos vitales.
- Transpiración.
- Necesidad excesiva de estimulación, divagación.
- Conductas agresivas.
- Golpearse, lanzarse sobre objetos.
- Inmovilización o protección del cuerpo.
- Agitación.
- Deterioro funcional.
- Cambios en el patrón de sueño.
- Cambios en el apetito o la ingesta.
- Disminución de la socialización.

Diversos instrumentos de valoración del dolor proporcionan métodos estandarizados para una evaluación objetiva; incluyen los siguientes:

- *Escala de calificación numérica.* Con esta herramienta de uso general se pide al paciente que mida el dolor en una escala de 1 a 10, donde 1 representa un dolor mínimo y 10 el peor dolor imaginable. La escala puede ser difícil para los adultos mayores que tienen dificultad para pensar en términos abstractos y se sabe que es poco confiable en las personas con problemas cognitivos (Ferrell, Ferrell y Rivera, 1995).
- *Escala analógica visual.* Esta sencilla pero eficaz herramienta para valorar el dolor utiliza una línea horizontal marcada «sin dolor» en el extremo izquierdo y «el dolor posible» en el extremo derecho (Carr, Jacox y Chapman, 1992). El paciente indica qué lugar de la escala representa su dolor. Una versión modificada de esta herramienta emplea caras: 0 es una sonrisa y 6 una mueca de llanto.
- *Cuestionario de dolor de McGill.* Este instrumento popular y ampliamente usado contiene 78 palabras, clasificadas en 20 grupos, un dibujo del cuerpo y una escala de intensidad del dolor actual (Melzack y Katz, 2001). Esta herramienta es efectiva

para emplearse con personas con o sin deterioro cognitivo (Ferrell y cols., 1995). Su amplitud y la dependencia de tener que leer o escuchar las preguntas pueden plantear problemas a algunas personas.

Deben considerarse las barreras para el uso de instrumentos estandarizados. Los pacientes han de recibir instrucciones claras y tener la oportunidad de practicar su uso. Utilizar la misma herramienta de modo constante facilita la recogida de datos comparables y significativos.

El hecho de que los pacientes no se quejen del dolor no garantiza la ausencia de éste en sus vidas. Cerca del 25% de los que sufren dolor no lo informa a sus médicos y otro 43,2% lo notificó a sus médicos cuando había al menos una interferencia moderada con sus actividades y su patrón de sueño (Watkins, Wollan, Melton y Yawn, 2006). La realidad de que muchas personas intentan vivir a pesar del dolor refuerza la importancia de que las enfermeras pregunten por este síntoma en las evaluaciones de rutina.

UN ENFOQUE INTEGRAL PARA EL MANEJO DEL DOLOR

Las enfermeras pueden influir en el desarrollo de un plan de control del dolor individualizado e integral. Antes de implementar el tratamiento sintomático, deben identificarse y corregirse en la medida de lo posible las causas subyacentes del dolor. Los objetivos establecen las bases para las intervenciones previstas y es necesario que sean realistas, específicos y alcanzables; por ejemplo:

- Reducir el nivel de dolor de 9 a 5 dentro de los siguientes 5 días.
- Obtener al menos 5 h de sueño sin interrupciones por el dolor.
- Bañarse y vestirse de forma independiente y sin restricciones por el dolor durante la siguiente semana.

CONCEPTO CLAVE

Además de los problemas médicos, la mala posición o postura, la inactividad, los problemas emocionales y las reacciones adversas a los medicamentos podrían ser la causa de un dolor nuevo o del deterioro de uno preexistente. Mejorar estos factores subyacentes es el primer paso en el tratamiento del dolor.

Aunque no puedan identificar o corregir las causas de dolor, las enfermeras aún pueden planificar intervenciones para manejar lo que puede ser un dolor crónico. (Razonamiento del diagnóstico enfermero: dolor crónico.) Los componentes habituales de los planes de manejo del dolor incluyen terapias complementarias, cambios en la dieta, medicamentos y el cuidado reconfortante de las enfermeras.

Terapias complementarias

Si bien los medicamentos tienen un papel importante en el manejo del dolor, no deben ser el único enfoque utilizado. Las terapias que antes se consideraban «alternativas» o «poco ortodoxas» cada vez se usan más como métodos

complementarios para el manejo del dolor como parte de la atención integral eficaz. Aplicando esta visión para ampliar las opciones para el tratamiento del dolor, las posibles intervenciones que podrían usarse en un programa del manejo del dolor incluyen:

- *Acupresión:* uso de la presión sobre puntos a lo largo de los meridianos (que en la medicina tradicional china se cree que son los canales invisibles de energía que atraviesan el cuerpo) para desbloquear el flujo de energía y restaurar o promover el equilibrio.
- *Acupuntura:* colocación de agujas bajo la piel en los puntos de acupuntura a lo largo de los meridianos para desbloquear el flujo de energía y restaurar o promover el equilibrio.
- *Aromaterapia:* rama de la medicina a base de plantas que utiliza los aromas de sus aceites esenciales para crear efectos fisiológicos y emocionales (p. ej., lavanda, geranios, rosas y aromas de sándalo como calmantes).
- *Biorretroalimentación:* proceso de instruir a las personas en el control voluntario de funciones corporales específicas.
- *Quiropráctica:* uso de la manipulación o la alineación de la columna vertebral y las articulaciones para corregir los desajustes que pueden ser la causa de disfunción y dolor.
- *Estimulación eléctrica:* empleo de corrientes eléctricas administradas a la piel y los músculos a través de electrodos colocados en la parte dolorosa del cuerpo.
- *Ejercicios:* ejercicios de estiramiento suave para ampliar el rango de movimiento.
- *Imaginación guiada:* imágenes sugerentes que pueden crear reacciones corporales específicas.
- *Terapias de calor y frío:* uso de almohadillas, compresas o inmersiones calientes o frías (p. ej., parafina), baños, masajes o ambientes (p. ej., sauna).
- *Herbolaria:* utilización de plantas con beneficios terapéuticos (recuadro 16-2).
- *Remedios homeopáticos:* uso de formas diluidas de material biológico (vegetal, animal o mineral) que producen síntomas similares a los causados por la enfermedad o padecimiento.
- *Hipnosis:* guía hacia un estado de trance en el que la receptividad a la sugestión aumenta.
- *Masaje:* manipulación de los tejidos blandos con roces, amasados, laminados, prensión o manotazos y movimientos circulares (llamados trabajos corporales cuando se combinan con la manipulación de tejido profundo, la conciencia de movimiento y el balance energético).
- *Meditación:* empleo de la relajación profunda para calmar el cuerpo y la mente, y centrarse en el presente.
- *Naturopatía:* uso de una nutrición adecuada, agua pura, aire fresco, ejercicio, descanso y otros medios naturales.
- *Osteopatía:* rama de la medicina física que recurre a la terapia física, la manipulación articular y la corrección postural.

- *Oración:* pedir a Dios u otro poder divino por medio de la oración directa o la intercesión.
- *Relajación progresiva:* serie de ejercicios que ayudan al cuerpo a alcanzar un estado de relajación profunda.
- *Complementos:* uso de productos nutricionales específicos (p. ej., vitaminas del complejo B para mejorar la función del sistema nervioso; bromelina, aceite de pescado, jengibre, cúrcuma y garra del diablo para reducir la inflamación; capsaicina tópica para bloquear la señal de dolor; matricaria y vitamina B_2 para disminuir las migrañas).

RECUADRO 16-2 Uso de fitoterapia para el tratamiento del dolor

Debido a que muchas plantas pueden interactuar con los medicamentos, la enfermera debe consultar con un experto en herbolaria bien informado antes de sugerir el uso de cualquier planta. Las hierbas que suelen utilizarse para ayudar a controlar el dolor son las siguientes:

- *Capsaicina/capsicum (aceite de chile):* se administra por vía tópica para el dolor de articulaciones y nervios; proporciona alivio durante pocos días.
- *Garra del diablo:* eficaz para el dolor inflamatorio; se administra por vía oral en preparaciones secas o extractos; puede tomarse durante varias semanas.
- *Santamaría:* beneficiosa para prevenir las migrañas; se administra por vía oral; es mejor tomarla en forma de cápsulas o extracto porque las hojas de la planta pueden ser muy irritantes para la boca.
- *Jengibre:* reduce la inflamación y las náuseas.
- *Cúrcuma:* útil en padecimientos inflamatorios.
- *Valeriana:* relaja los músculos; tiene un efecto sedante suave.
- *Sauce blanco:* alivia la inflamación y el dolor en general.

RAZONAMIENTO DEL DIAGNÓSTICO ENFERMERO

DOLOR CRÓNICO

Generalidades

El dolor persistente (crónico) es un estado en el que la sensación incómoda de dolor no tiene límites temporales y debe manejarse con una perspectiva a largo plazo.

Factores causantes o contribuyentes

Artritis, herpes, cáncer terminal, miembro fantasma, depresión, falta de efectividad de los analgésicos.

Objetivo

Que el paciente experimente la reducción o eliminación del dolor y comprenda el uso seguro de medidas eficientes su alivio.

Intervenciones enfermeras

- Realizar una evaluación integral para ayudar a identificar la causa y naturaleza del dolor subyacente. Revisar las medidas usadas para aliviar el dolor y su eficacia.
- Si el paciente aún no utiliza una, instruirlo en el empleo de una escala de autovaloración del dolor.
- Enseñar a los pacientes y cuidadores medidas de control del dolor, como imaginación guiada, autohipnosis, biorretroalimentación y yoga.
- Discutir los beneficios de la acupuntura, la quiropráctica, la homeopatía, la fitoterapia y otras terapias complementarias con los profesionales de la salud y elegir en consecuencia.
- Verificar que los analgésicos se administran correctamente.

- Controlar los estímulos ambientales que pueden afectar el dolor (p. ej., ruido, luces brillantes y temperaturas extremas).
- Utilizar música terapéutica para relajación.
- Referir a recursos para el manejo del dolor, como la American Pain Society y la National Chronic Pain Outreach Association.
- Vigilar la intensidad del dolor y la continuidad del uso de medidas eficaces para aliviarlo.

RECUADRO 16-3 El uso del tacto para confort

El tacto ha sido un medio para proporcionar comodidad desde el principio de los tiempos. Además de sus beneficios terapéuticos, el contacto físico mediante el acto de tocar transmite cariño y calor, que promueven el confort emocional y el bienestar. Entre las diversas modalidades del uso de algún tipo de contacto para promover la comodidad que las enfermeras pueden aprender se encuentran:

ACUPRESIÓN

Es una terapia muy importante dentro de la medicina tradicional china que ha existido durante más de 2 000 años; la acupresión recurre a la aplicación de presión en puntos específicos del cuerpo. Se basa en la creencia de que hay canales invisibles en todo el cuerpo llamados meridianos, por donde fluye la energía (chi). Se cree que la enfermedad y los síntomas se desarrollan cuando el flujo de energía se bloquea o desequilibra. La aplicación de presión en los puntos que corresponden a la parte corporal que experimenta incomodidad puede traer alivio. Por ejemplo, la aplicación de presión durante unos pocos minutos en las depresiones en la base del cráneo desde el centro del cuello puede aliviar la cefalea.

MASAJE

El masaje es ampliamente utilizado como un medio para promover el confort y la relajación. Consiste en manipular los tejidos blandos por medio de roce, amasado, laminado, prensado, manotazos y movimientos circulares. Además de los masajes en la espalda, los de pies y manos pueden promover la relajación, el descanso y el confort.

TERAPIAS MANUALES

El toque terapéutico (TT) y el toque sanador (TS) son terapias complementarias populares que las enfermeras utilizan para aliviar el dolor, reducir la ansiedad y mejorar la función inmunitaria. El TT se hizo popular en enfermería en la década de 1970 con el trabajo y la investigación de Dolores Krieger, quien desarrolló la teoría de que las personas son campos de energía y que la energía obstruida podría ser responsable de los estados no saludables. Mediante la concentración de la energía universal y su transferencia al paciente, éste podría movilizar sus recursos internos para la curación. Aunque aquí se utiliza la palabra tacto, el TT en realidad implica un contacto físico mínimo. Más bien la enfermera pasa sus manos sobre el cuerpo del paciente para valorar el campo energético y movilizar la energía a las áreas en las que ésta se encuentra bloqueada.

El TS es una rama del TT que incorpora otros enfoques curativos a los básicos del TT para abrir los bloqueos de energía, sellar las fugas energéticas y reequilibrar el campo energético. Existe un programa educativo de seis niveles de TS.

Para mayor información sobre estas terapias, véanse las asociaciones afines que se listan en Recursos.

- *Tacto:* los toques terapéuticos y los toques sanadores son formas de energía de sanación en las que el cuidador pone las manos sobre varias partes del cuerpo del paciente para manipular su campo energético (recuadro 16-3).
- *Yoga:* disciplina que combina ejercicios respiratorios, meditación y posturas específicas (*asanas*) para ayudar a alcanzar la percepción de equilibrio y salud.

PARA REFLEXIONAR

¿Qué otros métodos, además de los farmacológicos, utiliza usted para manejar el dolor? ¿Qué le facilita o limita el uso de abordajes terapéuticos complementarios o alternativos para el tratamiento del dolor?

Las enfermeras han de estar bien informadas acerca de los usos y contraindicaciones de las diferentes terapias para estar en condiciones de ofrecer orientación a los pacientes. Además, deben estar familiarizadas con los requisitos de licencias de diversos terapeutas de disciplinas complementarias y alternativas, y ayudar a los pacientes en la búsqueda de terapeutas calificados. La educación y el asesoramiento son importantes para asegurar que los pacientes tomen decisiones informadas sobre sus terapeutas.

Cambios en la dieta

La dieta puede influir en la inflamación y el dolor, sobre todo el dolor artrítico que es frecuente en la población de edad avanzada. El ácido araquidónico es un precursor principal en la síntesis de ácidos grasos omega-6 a eicosanoides proinflamatorios. Por lo tanto, la eliminación de los alimentos que contienen ácido araquidónico o que se convierten en ácido araquidónico puede ser favorable para las personas que sufren padecimientos inflamatorios. Los alimentos que deben evitarse incluyen los productos de origen animal, los lácteos altos en grasa, la yema de huevo, las grasas contenidas en la carne, el cártamo, el maíz, el girasol, la soja y los aceites de maní. Se cree que también la harina blanca, los azúcares y la «comida basura» contribuyen a la inflamación.

Una deficiencia de vitaminas del complejo B puede contribuir al dolor causado por nervios lesionados o disfuncionales. El consumo de vegetales de hojas verdes proporciona vitaminas del complejo B, junto con los productos químicos que aumentan la serotonina.

Además, algunos alimentos reducen la inflamación o protegen de ella. Los alimentos ricos en ácidos grasos omega-3 pueden disminuir la inflamación; incluyen pescados de agua fría (p. ej., salmón, atún, sardinas, caballa y fletán negro) y sus aceites, semillas de lino y aceite de linaza, aceite de colza, nueces, semillas de calabaza y huevos enriquecidos con omega-3. Los antioxidantes ofrecen protección contra la inflamación; el principal es el grupo de flavonoides. Los flavonoides inhiben las enzimas que sintetizan eicosanoides, lo que interfiere con el proceso inflamatorio. Las fuentes de flavonoides comprenden las frutas rojas, púrpuras y azules como las bayas y sus jugos, el té negro o verde, el vino tinto, el chocolate y el cacao. La piña fresca también se considera útil en la reducción de la inflamación. Se cree que el ajo, las hierbas, el jengibre y la cúrcuma (el ingrediente principal del curry en polvo), también tienen efectos antiinflamatorios.

Tratamiento farmacológico

Usar medicamentos para controlar el dolor en los adultos mayores puede ser complicado debido tanto a la gran cantidad de fármacos que este grupo de edad

consume como a la farmacocinética y la farmacodinámica específica de las personas mayores (*v.* cap. 18). Aunque el riesgo de efectos adversos es mayor que en la población más joven, esto no debe impedir el empleo de analgésicos. Más bien, los analgésicos deben usarse adecuadamente y bajo vigilancia estrecha.

Si los medios no farmacológicos para el alivio del dolor son ineficaces y se requieren fármacos, es aconsejable comenzar con el grupo más débil a la dosis más baja de analgésico y aumentar de modo gradual conforme sea necesario. Deben hacerse pruebas terapéuticas con fármacos no opioides antes de recurrir a los opioides. Los fármacos adyuvantes (p. ej., antidepresivos tricíclicos, anticonvulsivantes, antihistamínicos y cafeína) pueden ser útiles para controlar el dolor no maligno o en combinación con fármacos opioides.

Los opioides deben administrarse de manera muy cuidadosa a las personas mayores debido al alto riesgo de delirio, caídas, alteraciones del control respiratorio y otros efectos secundarios. La combinación de un analgésico no narcótico con uno narcótico podría disminuir la cantidad requerida. Los analgésicos tiene que administrarse con regularidad para mantener una concentración constante en sangre; el temor a la adicción no debe ser un factor en el uso de analgésicos para ayudar a los pacientes a lograr el alivio.

El paracetamol es el fármaco más utilizado para aliviar el dolor leve a moderado en las personas mayores, seguido de los antiinflamatorios no esteroideos (AINE), de los que el ibuprofeno es el más usado. Antes de pasar a un analgésico opioides, el paciente debe tratar con un AINE diferente. Los opioides de elección para los casos de dolor moderado a grave incluyen codeína, oxicodona e hidrocodona, que están disponibles en combinación con fármacos no opioides para aumentar los beneficios del efecto aditivo. Se recurre a los parches de morfina y fentanilo para el dolor intenso.

El propoxifeno está contraindicado para las personas mayores porque no ofrece beneficios adicionales pero tiene el potencial de ser tóxico para el sistema nervioso central (CNS) y el corazón. La pentazocina es otro medicamento que las personas mayores no deben emplear a causa de su alto riesgo de causar delirio, convulsiones y toxicidad cardíaca y del SNC.

Las enfermeras tienen que observar de cerca la respuesta a los medicamentos para determinar si el tratamiento y su esquema de administración son apropiados. La dosificación con un horario establecido o el empleo de fármacos de liberación sostenida son útiles para tratar el dolor crónico. Si es posible, los fármacos se administran con un horario a fin de evitar el dolor, en lugar de tratarlo una vez que se ha desarrollado.

La reevaluación periódica de la respuesta del paciente a los medicamentos es esencial. La eficacia de los fármacos puede cambiar con el tiempo, lo que exige un cambio en la prescripción. Además, es posible que se presenten efectos secundarios y reacciones adversas con fármacos que se han utilizado durante mucho tiempo sin incidentes.

Confort

Las tareas pesadas, los cambios frecuentes de horario y las presiones para completar

las tareas son experiencias comunes para las enfermeras en el sistema de salud de hoy en día. En un entorno en el que todas las *tareas* son demandantes, la importancia de *estar* con los pacientes puede minimizarse. Sin embargo, el confort y la curación sólo se obtienen a través del tiempo dedicado a los pacientes.

CONCEPTO CLAVE

Estar sanado no es sinónimo de estar curado. Más bien, implica vivir en armonía y paz en un estado saludable.

Por supuesto, el número de enfermeras y el tiempo disponible para dedicarlo a los pacientes son limitados, pero la calidad de ese tiempo es importante para confortar y sanar (fig. 16-1). El tiempo de calidad con los pacientes que fomenta el bienestar se refleja a través de:

- *Dar toda la atención del paciente, independientemente del tiempo dedicado a la interacción.* Un método para lograr esto es hacer una pausa antes de entrar en contacto con el individuo, tomar una respiración profunda y afirmar mentalmente que la atención se centrará en el paciente durante el tiempo que se esté con él. A veces es útil visualizar una canasta en la que se dejan la carga y las tareas del día cuando se entra en la habitación o el hogar del paciente.

FIGURA 16-1. ■ La calidad del tiempo que las enfermeras pasan con los pacientes es importante para confortar y sanar. Pasar tiempo de calidad consiste en dar a los pacientes toda la atención, independientemente de la duración de la interacción.

- *Escuchar atentamente.* Animar al paciente a hablar y demostrar interés mediante el lenguaje corporal y la retroalimentación. La sensación de no ser escuchado se suma a la incomodidad del paciente.
- *Explicar.* Describir los procedimientos, cambios y progresos. No asumir que el paciente entiende un procedimiento de rutina.
- *Tocar.* Frotar suavemente los hombros del paciente, masajearle los pies o

sostenerle una mano constituyen una atención y una conexión reconfortante.

- *Percibir.* Estar atento a los signos que pudieran indicar peligro, como un suspiro, los ojos llenos de lágrimas y las expresiones de afecto plano. Validar las observaciones e interrogar acerca de su causa (p. ej., «señora López, hoy parece un poco distraída. ¿Hay algo de lo que quisiera hablar?»). Por muy tentador que podría parecer ignorar un problema que no se expresa con palabras, esto no sería un enfoque curativo.

PARA REFLEXIONAR

¿Alguna vez ha estado tentado a ignorar un problema que sospecha pero que la persona no expresan verbalmente? ¿Cuáles han sido los motivos para hacerlo?

Asegurar el confort de los pacientes es un proceso dinámico (fig. 16-2) que necesita reevaluación y reajustes según las necesidades y los cambios de estado. Se requiere sensibilidad por parte de las enfermeras ante las señales de peligro y el compromiso de aliviar el sufrimiento de los pacientes. Esto ofrece una oportunidad para que demuestren el arte de curar de su profesión.

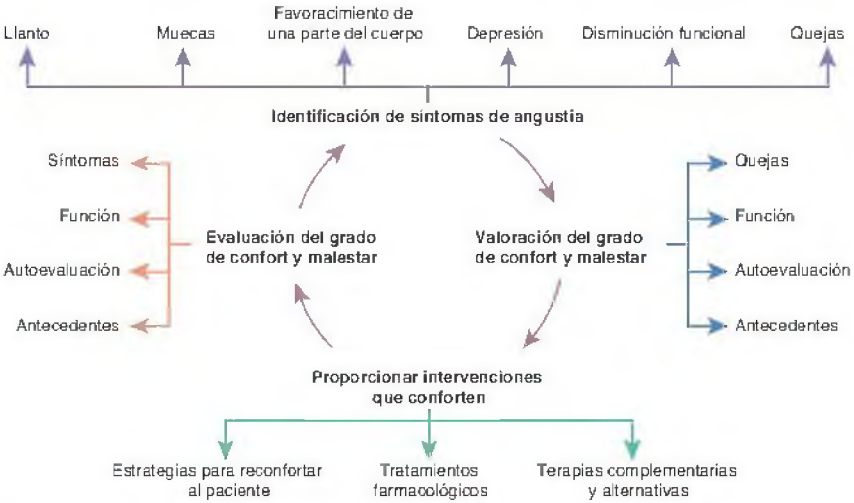


FIGURA 16-2. ■ Ciclo del dolor y el alivio.

LLEVANDO LA INVESTIGACIÓN A LA VIDA

VALORACIÓN DEL DOLOR EN PERSONAS CON DISCAPACIDADES INTELECTUALES O DEL DESARROLLO

Baldridge, K. H., & Andrasik, F. (2010). American Journal of Nursing, 110(12), 28–37.

Las investigaciones han demostrado que las personas con discapacidad intelectual o del desarrollo experimentan tasas significativas de dolor agudo y crónico que a menudo son subtratadas o no tratadas en absoluto. Bajo el supuesto de que los profesionales sanitarios carecen de habilidades adecuadas para valorar el dolor en estas poblaciones o que no reconocen las expresiones no verbales de dolor, los autores buscaron en la bibliografía estudios clínicos relevantes sobre el tema del dolor en personas con discapacidad intelectual o del desarrollo. Encontraron pocos estudios e informaron sobre los hallados.

Los estudios demuestran que las personas con discapacidad intelectual o del desarrollo pueden mostrar conductas autolesivas (p. ej., golpearse la cabeza, lesionarse y lanzarse sobre un objeto duro) cuando sienten dolor, además de problemas de conducta. La comunicación, las habilidades de la vida diaria, la socialización y las habilidades motrices podrían verse perjudicadas. Los cuidadores que estaban familiarizados con el comportamiento de la persona con discapacidades intelectuales o del desarrollo podrían identificar de manera confiable la presencia de dolor; sin embargo, los miembros de la familia y otros cuidadores menos familiarizados con el comportamiento de la persona y sus expresiones de dolor podrían ser poco fiables en la identificación del síntoma.

La confiabilidad y validez de las herramientas existentes para valorar el dolor de las personas con discapacidad intelectual o del desarrollo varían y por lo general tienen que adaptarse para su uso individual. Es necesaria investigación adicional relacionada con estos instrumentos.

Aunque las personas con deterioro cognitivo y discapacidades del desarrollo adolecen de los mismos tipos de dolor que las demás personas, tal vez no sean capaces de comunicarlo adecuadamente. Para compensar esta deficiencia, las enfermeras necesitan utilizar enfoques especiales a fin de asegurar que el dolor se identifica. La falta de información sobre la presencia de dolor en personas con discapacidad intelectual o del desarrollo no debe interpretarse como su ausencia. Las enfermeras deben recordar que además de las herramientas y los signos objetivos que se usan para valorar el dolor, el conocimiento del individuo y el uso de enfoques creativos podrían resultar útiles.

REALIDADES PRÁCTICAS

El Sr. Pérez, de 82 años de edad, vive en la comunidad con su esposa, que tiene demencia. Está muy dedicado a ella y hace un trabajo excepcional para cuidarla y administrar el hogar.

La enfermera sabe que el Sr. Pérez tiene osteoartritis y ha notado que hace muecas y otros signos de dolor cuando se mueve. Cuando se le pregunta acerca de sus síntomas, admite que tiene mucho dolor y dice que no está utilizando ningún medicamento porque tiene que estar atento a su esposa. «Si debo elegir

entre sentirme atontado por los medicamentos o estar física y mentalmente fuerte», comenta, «tengo que elegir el ser fuerte». El señor muestra las recetas de analgésicos que no ha hecho efectivas y parece inflexible acerca de no usar medicamentos.

¿Qué puede hacerse para ayudar al señor Pérez ante la necesidad de controlar el dolor?

EJERCICIOS DE PENSAMIENTO CRÍTICO

1. ¿De qué manera la sociedad refuerza el tratamiento sintomático del dolor en lugar de corregir el problema de fondo?
2. Desarrollar un plan de atención integral para el manejo de un adulto mayor que experimenta dolor por artritis crónica.
3. ¿Por qué la oración podría ofrecer alivio a alguien que está sufriendo física y emocionalmente?
4. Describir las posibles razones por las que se invierte más en procedimientos médicos para aliviar el dolor que en el desarrollo de estrategias que tienen por objetivo el confort y que podrían implementar las enfermeras.

RECURSOS

American Academy of Pain Management
http://www.aapainmanage.org
American Chronic Pain Association
http://www.theacpa.org
American Massage Therapy Association
www.amtamassage.org
American Pain Society
http://www.ampainsoc.org
Healing Touch International, Inc.
www.healingtouch.net
Massage Bodywork Resource Center
www.massageresource.com
Nurse Healers and Professional Associates (Therapeutic Touch)
www.therapeutic-touch.org

REFERENCIAS

American Pain Society. (2003). *Principles of analgesic use in the treatment of acute pain and cancer pain.* Glenview, IL: American Pain Society.

Carr, D.B., Jacox, A.K., Chapman, C.R., Ferrel, B., Fields, H.L., Heidrich, G., et al. (1992). *Acute pain management: Operative or medical procedures and trauma. Clinical Practice Guideline No. 1* (AHCPR Publication No. 92-0032). Rockville, MD: AHCPR, Public Health Service, US Department of Health and Human Services.

Ferrell, B. A., Ferrell, B.R., & Rivera, L. (1995). Pain in cognitively impaired nursing home patients. *Pain and Symptom Management, 10* (8):591–598.

Gagliese, L., & Katz, J. (2003). Age differences in postoperative pain are scale dependent: A comparison of

measures of pain intensity and quality in younger and older surgical patients. *Pain*, *103* (1), 11–20.

Horgas, A. L., Elliott, A. F., & Marsiske, M. (2009). Pain assessment in persons with dementia. Relationship between self-report and behavioral observation. *Journal of the American Geriatrics Society*, *57* (1), 126–132.

International Association for the Study of Pain (2012). Pain terms. Retrieved July 12, 2012 from http://www.iasp-pain.org/AM/Template.cfm?Section=Pain_Definitions&Template=/CM/HTMLDisplay.cfm&ContentID=1728

Lariviere, M., Goffaux, P., Marchand, S., & Julien, N. (2007). Changes in pain perception and descending inhibitory controls start at middle age in healthy adults. *Clinical Journal of Pain*, *23* (6), 506–510.

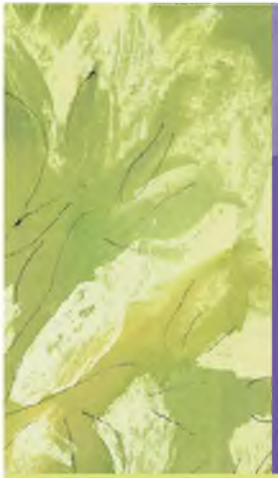
Melzack, R., & Katz, J. (2001). The McGill Pain Questionnaire: Appraisal and current status. In D. Turk & R. Melzack (Eds.), *Handbook on pain assessment* (2nd ed., pp. 35–52). New York, NY: Guilford.

National Center for Health Statistics. (2006). National Center for Health Statistics Report: Health, United States, 2006, Special Feature on Pain. Accessed July 12, 2012 from http://www.cdc.gov/nchs/pressroom/06facts/hus06.htm Pickering, G., Jourdan, D., Eschalier, A., & Dubray, C. (2002). Impact of age, gender and cognitive functioning on pain perception. *Gerontology*, *48*, 112–118.

Watkins, E, Wollan, PC, Melton, LJ, & Yawn, BP. (2006). Silent pain sufferers. *Mayo Clinic Proceedings*, *81* (2):167–171.

LECTURAS RECOMENDADAS

Las lecturas recomendadas relacionadas con este capítulo pueden encontrarse en el sitio web que acompaña al libro. Visítese **http://thepoint.lww.com/espanol-Eliopoulos8e** para acceder a las lecturas recomendadas y otros recursos adicionales vinculados con este capítulo.



CAPÍTULO 17

Seguridad

RESUMEN DEL CAPÍTULO

Envejecimiento y riesgos para la seguridad

Importancia del ambiente para la salud y el bienestar

Impacto del envejecimiento en la seguridad y función del ambiente

- Iluminación.
- Temperatura.
- Colores.
- Aromas.
- Recubrimiento de suelos.
- Mobiliario.
- Estimulación sensorial.
- Control del ruido.
- Peligros del cuarto de baño.
- Peligros del fuego.
- Consideraciones psicosociales.

El problema de las caídas

- Riesgos y prevención.
- Riesgos relacionados con las restricciones.

Intervenciones para reducir los riesgos intrínsecos en la seguridad

Reducir los riesgos de la hidratación y la alimentación.

Atender los riesgos relacionados con las deficiencias sensoriales.

Prevenir los riesgos relacionados con las limitaciones de movilidad.

Vigilar la temperatura corporal.

Prevenir infecciones.

Recomendar ropa adecuada.

Usar los medicamentos con precaución.

Evitar los delitos.

Fomentar el cuidado al conducir.

Fomentar la detección temprana de problemas.

Atender los riesgos relacionados con las deficiencias funcionales.

OBJETIVOS DE APRENDIZAJE

Después de estudiar este capítulo, el lector será capaz de:

1. Describir los efectos del envejecimiento en la seguridad.
2. Describir la importancia del ambiente en la salud física y psicológica y el bienestar.
3. Enumerar el impacto de los cambios relacionados con la edad en la función y seguridad del ambiente.
4. Describir los ajustes que pueden hacerse en el ambiente para fomentar la seguridad y funcionalidad de los adultos mayores.
5. Identificar los peligros del cuarto de baño y formas para minimizarlos.
6. Describir del efecto del ambiente en la salud psicosocial.
7. Listar los factores que contribuyen a las caídas en los adultos mayores.
8. Enumerar medidas para reducir los riesgos intrínsecos a la seguridad y bienestar de las personas mayores.
9. Discutir los riesgos particulares en la seguridad de los individuos con deficiencias funcionales.

CONCEPTOS BÁSICOS

Lesión: una acción que tiene como resultado un daño.
Macroambiente: elementos del mundo que afectan a grupos de personas o poblaciones completas.
Microambiente: entorno inmediato con el que interactúa estrechamente una persona.
Restricción: cualquier cosa que limite el movimiento; puede ser física o química.

A lo largo de la vida los humanos enfrentan amenazas a su vida y bienestar, como desastres naturales, contaminantes, enfermedades contagiosas, accidentes y delitos. Normalmente los adultos toman medidas preventivas para evitar estos peligros y, cuando suceden, intentan controlarlos para minimizar su impacto. Las personas mayores se enfrentan a los mismos peligros que cualquier adulto, pero sus riesgos se agravan debido a factores relacionados con la edad que reducen su capacidad para protegerse y aumentan su vulnerabilidad. Es necesario que las enfermeras gerontológicas identifiquen los riesgos en la seguridad cuando valoren a los mayores y que realicen intervenciones dirigidas a las amenazas existentes y potenciales a la seguridad, la vida y el bienestar.

CONCEPTO CLAVE

Los cambios relacionados con la edad pueden reducir la capacidad de los adultos mayores para protegerse de lesiones y aumentan su vulnerabilidad a los riesgos en la seguridad.

ENVEJECIMIENTO Y RIESGOS PARA LA SEGURIDAD

La incidencia de lesiones en personas mayores entra en el rango medio de todos los grupos de edad, con 196 personas de 65 años o más por cada 1000 personas lesionadas (Department of Commerce, 2010). Las mujeres mayores tienen una mayor incidencia de lesiones que cualquier grupo de mujeres adultas, mientras que la incidencia en los hombres declina a lo largo de los años de edad adulta. La mortalidad por accidentes es considerable entre la población mayor, con 45, 106 y 287 muertes por lesiones en las edades de 65 a 74, 75 a 84, y de 85 en adelante, respectivamente, por cada 100 000 personas (Census Bureau, 2012). Los accidentes son la sexta causa de muerte en personas mayores; las caídas son la causa principal de muerte secundaria a lesiones.

Los cambios relacionados con la edad, la reacción antígeno-anticuerpo alterada (*v.* cap. 29) y la elevada prevalencia de enfermedades crónicas hacen que los individuos mayores sean muy susceptibles a las infecciones. La neumonía y la gripe son la cuarta causa de muerte en este grupo de edad, y la neumonía es la causa principal de muerte relacionada con infecciones (*v.* cap. 31). Los mayores tienen el triple de incidencia de neumonía intrahospitalaria, comparados con los grupos de menor edad; experimentan gastroenteritis por especies de *Salmonella* con mayor frecuencia que los menores de 65 años; y la prevalencia de las infecciones urinarias aumenta con la edad. Las personas mayores constituyen más de la mitad de todos los casos identificados de tétanos, endocarditis, colelitiasis y diverticulitis. A menudo la sintomatología atípica retrasa el diagnóstico de infección, lo que contribuye a la

mayor mortalidad por esta causa; por ejemplo, es más probable que las personas mayores mueran de apendicitis que las más jóvenes porque la manifestación modificada de los síntomas retrasa el diagnóstico.

Los cambios en la farmacocinética, los problemas de autoadministración y el gran número de fármacos que los individuos mayores consumen también pueden conducir a importantes riesgos en la seguridad. Los riesgos incluyen efectos adversos y accidentes provocados por efectos como somnolencia o mareos. Se calcula que del 5 al 30% de los ingresos geriátricos al hospital se vincula con la administración inapropiada de fármacos.

DIAGNÓSTICO ENFERMERO

TABLA 17-1 Envejecimiento y riesgos en la seguridad

Causas o factores contribuyentes	Diagnóstico enfermero
Disminución del líquido intracelular	Déficit de volumen de líquidos relacionado con desarrollo más fácil de deshidratación
Pérdida de tejido subcutáneo; disminución del aislamiento natural; ritmo metabólico basal más bajo	Riesgo de lesiones y riesgo de confusión aguda secundaria a hipotermia
Eficiencia cardiaca reducida	Intolerancia a la actividad relacionada con alteraciones (disminución) del gasto cardiaco
Reducción de la fuerza y elasticidad de los músculos respiratorios; expansión pulmonar disminuida; reflejo tusígeno ineficiente; menor actividad ciliar	Riesgo de infección relacionado con reducción de la capacidad para expeler materia acumulada o extraña de los pulmones
Uso de oxígeno reducido bajo estrés	Riesgo de perfusión ineficiente del tejido periférico y riesgo de perfusión ineficiente del tejido cerebral relacionado con cambios en la respuesta cardiovascular al estrés
Dientes en malas condiciones	Riesgo de infección vinculada con enfermedades dentales o aspiración de partículas de diente

Reflejo nauseoso débil	Riesgo de infección relacionada con aspiración
Alteraciones del sentido del gusto	Desequilibrio nutricional: ingesta de sal o azúcar superior a los requerimientos corporales relacionada con deficiencias del gusto
Reducción del filtrado renal	Riesgo de lesiones relacionado con la eliminación ineficaz de desechos del torrente sanguíneo
Mayor prevalencia de retención urinaria	Riesgo de infección secundaria a estasis de orina
Secreciones vaginales más alcalinas	Riesgo de infección relacionado con un ambiente ácido inadecuado para inhibir el crecimiento de bacterias
Fuerza muscular disminuida	Riesgo de lesiones vinculado con disminución de la fuerza muscular
Desmineralización de los huesos	Riesgo de lesiones y disminución de la movilidad física relacionada con incremento de la tendencia de los huesos a fracturarse
Respuesta y tiempo de reacción retardados	Riesgo de lesiones relacionado con la incapacidad para responder de manera oportuna
Visión y audición deficientes	Riesgo de lesiones y mantenimiento deficiente del hogar relacionado con la mala percepción del ambiente
Secreciones lagrimales reducidas	Riesgo de lesión y riesgo de infección relacionados con disminución de la capacidad para proteger la córnea
Percepción de la profundidad distorsionada	Riesgo de lesión vinculado con disminución de la capacidad para identificar los cambios de nivel en el suelo
Aumento del umbral del dolor y contacto	Riesgo de lesión, riesgo de infección y disminución de la integridad de la piel relacionados con menor capacidad para sentir el dolor y la presión
Menor elasticidad y mayor resequedad y fragilidad de la piel	Integridad de la piel disminuida y riesgo de infección secundario a mayor facilidad de cortes en la piel
Mala memoria a corto plazo	Riesgo de lesión e incumplimiento terapéutico vinculado con incapacidad para recordar la administración de medicamentos y tratamientos
Alta prevalencia de polifarmacia	Mantenimiento de la salud ineficaz y riesgo de lesión relacionado con la combinación inapropiada de medicamentos, interacciones farmacológicas y efectos secundarios

La tabla Diagnóstico enfermero 17-1 enumera los diversos factores relacionados con la edad que pueden imponer riesgos en la seguridad y bienestar de los mayores y los problemas potenciales asociados con estos riesgos.

IMPORTANCIA DEL AMBIENTE PARA LA SALUD Y EL BIENESTAR

Puede considerarse que el ambiente está compuesto por dos segmentos, el microambiente y el macroambiente. El microambiente se refiere a nuestro entorno inmediato, con el que interactuamos estrechamente (p. ej., mobiliario, papel tapiz, iluminación, temperatura y sonido ambientales). El macroambiente consiste en los elementos del mundo que afectan a grupos de personas o aun a poblaciones enteras (p. ej., clima, contaminación, tráfico y recursos naturales). Ya que el microambiente puede manipularse con más facilidad y genera mayores beneficios inmediatos, es el punto central de este apartado.

Idealmente, el ambiente proporciona más que un refugio: debe promover el desarrollo, la estimulación y la satisfacción continuos para mejorar el bienestar psicológico. Esto es en particular importante para las personas mayores, muchas de las cuales pasan un tiempo considerable en sus casas o en la habitación de un centro. Para obtener la mayor satisfacción de sus microambientes, los mayores deben poder

satisfacer distintos niveles de necesidades dentro de su entorno. Esto se ejemplifica al comparar las necesidades ambientales con las necesidades humanas básicas postuladas por Maslow (tabla 17-2). De manera similar a la teoría de Maslow, es posible postular que no pueden alcanzarse los mayores niveles de satisfacción a partir del ambiente a menos que se cumpla con los niveles de satisfacción más bajos. Esto podría explicar por qué algunos individuos mayores tienen las siguientes prioridades y problemas:

- No creen que sea importante instalar un detector de humo cuando hay roedores en su departamento.
- Se niegan a remodelar su casa porque los haría parecer ricos en un vecindario con alta criminalidad y por tanto ser objetivo de robos.

TABLA 17-2 Necesidades ambientales según en la jerarquía de Maslow

Necesidades humanas básicas	Necesidades ambientales
Autorrealización	Un espacio que fomente la realización de todo el potencial, objetos inspiradores, jardines bellos, apoyos para la relajación
Autoestima	Un hogar del que uno pueda sentirse orgulloso, decoración elegante, símbolos de estatus
Confianza	Un lugar donde uno se sienta confiado, control sobre el estilo de vida, disposición/mobiliario/temperatura/iluminación en concordancia
Amor	Un lugar donde uno obtenga placer al estar, mobiliario familiar y cómodo, objetos favoritos, atractivo
Seguridad	Un refugio de las amenazas externas, capacidad para cuidar las posesiones personales, iluminación adecuada, seguros, detectores de humo, alarmas
Fisiológicas	Un refugio donde vivir, ventilación adecuada, temperatura ambiente cercana a 24° C, instrumentos y aparatos funcionales, control de plagas

- Permanecen aislados socialmente en lugar de invitar a amigos para que no perciban que la casa está descuidada.
- No están dispuestos a involucrarse en artes y manualidades creativas durante su adaptación a una residencia nueva y desconocida.

Las enfermeras deben ser realistas en sus valoraciones del ambiente para determinar qué niveles de necesidades están cubriéndose y planificar medidas que fomenten la satisfacción de las de más alto nivel.

PARA REFLEXIONAR

¿Qué aspectos del ambiente de su casa contribuyen a la satisfacción de las necesidades de más alto nivel, con base en la jerarquía establecida por Maslow?

IMPACTO DEL ENVEJECIMIENTO EN LA SEGURIDAD Y FUNCIÓN DEL AMBIENTE

En capítulos anteriores se describieron algunos de los cambios que se experimentan con el envejecimiento. Éstos, junto con las limitaciones impuestas por la alta prevalencia de enfermedades crónicas, crean problemas ambientales especiales para los adultos mayores, como los que se listan en la tabla 17-3.

TABLA 17-3 Impacto ambiental potencial de distintas limitaciones físicas

Limitación	Impacto ambiental potencial
Presbicia	Capacidad disminuida para enfocar y ver objetos cercanos
Córnea menos translúcida, que transmite menos luz	Mayor necesidad de luz exterior para producir la imagen adecuada en la retina
Opacidad disminuida de las escleróticas, que ocasiona que entre menos luz al ojo	Colores más apagados, necesidad de mayor contraste
Cristalinos amarillentos	Visión distorsionada de los colores, en particular cafés, beiges, azules, verdes y violetas
Cataratas seniles, cristalinos nublados	Reflejos más molestos
Degeneración macular	Mayor dificultad para la visión, necesidad de mayor aumento
Miosis senil, tamaño de la pupila disminuido, llega menos luz a la retina	Menor adaptación de la luz a la oscuridad
Campo visual disminuido	Visión periférica más estrecha
Presbiacusia	Distorsión de los sonidos normales
Dependencia del auxiliar auditivo	Amplificación de todos los sonidos ambientales
Olfato reducido	Olores, humo, fugas de gas difíciles de detectar
Menor discriminación táctil	Menos estimulación por texturas
Aislamiento corporal disminuido, temperatura corporal más baja	Mayor sensibilidad a las temperaturas ambientales bajas
Conducción nerviosa más lenta	Menor respuesta a estímulos, menor capacidad para recuperar el equilibrio
Tono muscular y fuerza disminuidos	Mayor dificultad para levantarse desde una posición sentada, fatiga con más facilidad, menor elevación de las puntas de los pies al caminar, andar errático
Rigidez articular	Dificultad para subir escaleras, manipular perillas y empuñaduras
Frecuencia urinaria, nicturia	Necesidad frecuente de acceder con facilidad a un baño
Disnea, fatiga con facilidad	Dificultad para transitar en escaleras y pasillos largos
Mala memoria a corto plazo	Olvidos de cerrar las puertas, apagar electrodomésticos
Uso elevado de medicamentos, que produce hipotensión y mareo	Aumento del riesgo de caídas

Por supuesto que las discapacidades específicas acompañan a muchas

enfermedades y crean problemas ambientales específicos, como puede observarse con una persona con disfunción cognitiva.

Debido a las limitaciones comunes que se encuentran entre las personas de edad avanzada, la mayoría necesita un ambiente seguro, funcional, confortable, personal y normalizante, y que compense sus limitaciones. Para crear un ambiente así se necesita considerar la iluminación, temperatura, colores, aromas, recubrimiento de suelos, muebles, estimulación sensorial, control de ruido, peligros del cuarto de baño y factores psicosociales. El recuadro 17-1 proporciona una lista de control para evaluar los estándares básicos del ambiente para adultos mayores.

RECUADRO 17-1 Lista de control para la valoración ambiental

Estándar	SÍ	NO	COMENTARIOS
Detector de humo			
Teléfono			
Extintor			
Sistema de calefacción			
Desorden mínimo			
Refrigerador funcional			
Almacenamiento de alimentos adecuado			
Pasillos y escaleras apropiadamente iluminados			
Barandales en las escaleras			
Suelo liso, fácil de limpiar, que no necesita cera, libre de alfombras sueltas arrugadas			
Puertas sin obstrucciones, pintadas con colores que contrasten con la pared			
Bañera o ducha con superficie antideslizante, rieles de seguridad, sin tomas de corriente cercanas			
Temperatura del agua caliente menor de 43° C			
Cortinas en las ventanas, fáciles de alcanzar y abrir			
Número suficiente de tomas de corriente seguras, probablemente a 1 m de altura del nivel del suelo para que sean de fácil acceso, no sobrecargadas			
Estufa segura con control de hornillas al frente			
Estanterías de fácil acceso, firmes			
Mangos del grifo fáciles de manejar, marcas claras para agua caliente y fría			
Almacenamiento adecuado de medicamentos, ausencia de medicamentos obsoletos			
Para el uso de silla de ruedas:			
▪ Puertas y pasillos sin estorbos y lo suficientemente amplios para pasar ▪ Rampas o ascensor ▪ Disposición del cuarto de baño que permita maniobrar ▪ Lavabos y mobiliario lo suficientemente bajos para alcanzarlos			

Iluminación

La luz tiene un efecto más profundo que simplemente iluminar un área para mejorar la visibilidad. Por ejemplo, la luz afecta lo siguiente:

- *Función.* Un individuo puede moverse más y participar en más actividades cuando

está en un área muy iluminada y una persona en una habitación con luz tenue puede sentirse más tranquila.

- *Orientación.* Un individuo podría perder la perspectiva del tiempo en una habitación que está constantemente iluminada u oscura durante períodos largos. Por ejemplo, las personas expuestas a la luz brillante en las unidades de cuidados intensivos durante varios días a menudo no saben si es de día o de noche. Una persona que se despierta en una habitación completamente oscura podría desorientarse durante algunos segundos.
- *Humor y comportamiento.* Las luces psicodélicas parpadeantes provocan una reacción diferente que la luz de una vela. En los restaurantes, los clientes son más silenciosos y comen más lento con niveles bajos y tenues de iluminación que con niveles altos y penetrantes.

En las áreas que utilizan los mayores es mejor contar con muchas fuentes de luz difusa que con pocas y brillantes. Las luces fluorescentes son las más molestas porque causan estrés ocular y reflejos. Usar luces fluorescentes por razones de economía podría, de hecho, no ser tan rentable; aunque su operación es menos costosa, su mantenimiento es caro. La luz solar puede filtrarse por cortinas transparentes. La enfermera debe valorar el ambiente en busca de reflejos y poner especial atención a la luz que rebota en suelos y muebles. La iluminación debe evaluarse estando sentado porque la luz insuficiente, las sombras, reflejos y otros problemas pueden percibirse diferente desde una silla o cama que de pie.

Las luces nocturnas ayudan a facilitar la orientación y proporcionan visibilidad para encontrar los interruptores o las lámparas para la movilidad nocturna. En la noche también puede ser útil tener una luz roja, tenue, en la habitación para mejorar la visión.

La exposición a la luz natural durante el ciclo normal de 24 h de luz-oscuridad ayuda a conservar los ritmos corporales, que a su vez influeyen en la temperatura corporal, los ciclos de sueño, la producción de hormonas y otras funciones. Cuando el ciclo de sueño-vigilia se interrumpe, los ritmos corporales internos pueden alterarse. Este factor justifica considerar los entornos hospitalarios y residencias de adultos mayores, donde las áreas podrían permanecer alumbradas para facilitar las actividades del personal; oscurecer las áreas en las noches puede ayudar a mantener los ritmos corporales normales. Las enfermeras también deben tomar en cuenta la falta de exposición a la luz natural que con frecuencia experimentan los individuos mayores enfermos hospitalizados o que tienen que permanecer en sus casas. Debe plantearse la posibilidad de sacar a estos individuos al aire libre siempre que sea posible y abrir las ventanas para permitir que la luz natural entre.

Temperatura

Desde la época de Galeno, en 160 d. C, se sabe que las temperaturas frías y calientes afectan a los humanos. Las investigaciones han mostrado que existe una correlación directa entre la temperatura corporal y la actividad (Cheung, 2007). La sensibilidad táctil, el desempeño durante la vigilia y las tareas psicomotoras se ven perjudicados a temperaturas menores de 13° C.

Como los mayores tienen una temperatura corporal más baja de lo normal y menor disposición para el aislamiento natural, son especialmente sensibles a las bajas temperaturas (fig. 17-1); por ello es importante mantener una temperatura ambiental adecuada. La temperatura ambiente recomendada para una persona de edad avanzada no debe ser menor de 24° C. Entre más grande es la persona, menor es el rango de temperaturas que tolerará sin presentar reacciones adversas. Las temperaturas ambiente menores de 21° C pueden producir hipotermia en los adultos mayores.

CONCEPTO CLAVE

Las personas mayores son sensibles a las bajas temperaturas porque su temperatura corporal es más baja y el asilamiento natural es menor.

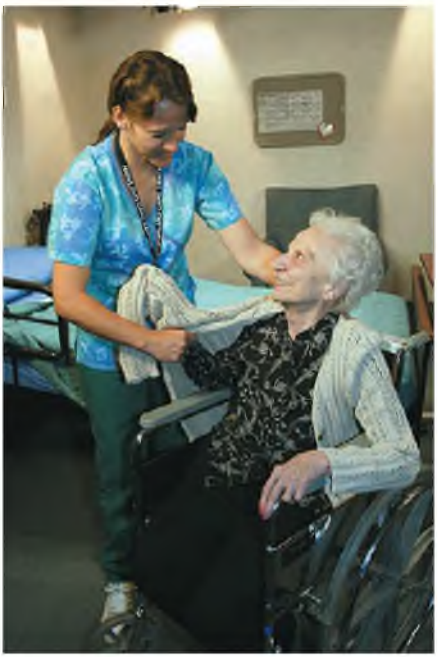


FIGURA 17-1 ■ Ya que los mayores son sensibles especialmente a las bajas temperaturas, es importante controlar la temperatura ambiental. También podría ser necesario utilizar capas adicionales de ropa.

Aunque no es un problema tan importante como la hipotermia, la hipertermia también puede generar dificultades a las personas mayores, que son más susceptibles a sus efectos adversos que las más jóvenes. Puede presentarse daño cerebral por temperaturas mayores de 41° C. Incluso en zonas geográficas donde no se experimentan temperaturas excesivamente altas, debe ponerse atención a la temperatura en las habitaciones o casas donde las puertas y ventanas no están abiertas

y que carecen de aire acondicionado. Las personas con diabetes o ateroesclerosis cerebral tienen un mayor riesgo de hipertermia.

Colores

Hay mucho debate con respecto al mejor esquema de color ambiental para los mayores. Colores como el rojo, amarillo y blanco pueden ser estimulantes y aumentar el pulso, la presión arterial y el apetito, mientras que azul, café y los colores tierra pueden ser relajantes. El naranja puede estimular el apetito y el violeta tiene el efecto contrario. El verde se considera el color sanador principal y da una sensación de bienestar. El negro y el gris pueden ser depresivos. Aunque algunos colores se vinculan con ciertos efectos, las experiencias con los colores tienen un papel importante en las reacciones individuales y los significados que se atribuyen a los mismos. Como la respuesta individual puede variar, quizá sea mejor enfocarse en el uso de colores para mejorar la funcionalidad y, cuando sea posible, en las preferencias personales del residente. Los colores contrastantes ayudan a delimitar puertas, escaleras y cambios de nivel en un área. Cuando la intención es no llamar la atención sobre un área (p. ej., un armario), las paredes deben ser de un color similar o de la misma familia. Pueden utilizarse algunos colores para definir diferentes áreas; por ejemplo, las habitaciones pueden ser azules o verdes; las áreas de comida o actividades; naranja o rojas; y la estancia, gris y beige.

Los recubrimientos de paredes y suelos con dibujos pueden agregar atractivo al ambiente; sin embargo, es posible que los modelos ondulados y las líneas diagonales causen la sensación de mareo y podrían empeorar la confusión en personas con disfunciones cognitivas. Usar un solo dibujo o un mural en una pared de la habitación puede ser efectivo y placentero.

Aromas

Los aromas se han utilizado para fines estéticos y medicinales desde el principio de los tiempos. Aunque el uso de perfumes y colonias no es nuevo, el empleo terapéutico de aromas, aromaterapia (o fitomedicina), ganó popularidad en Estados Unidos hace poco tiempo. Sin embargo, a menudo se recurre a él como extensión de la medicina ortodoxa en países como Alemania y Francia.

La aromaterapia es el uso terapéutico de aceites esenciales y comporta algo más que sólo oler fragancias placenteras. Los aceites esenciales son gotitas muy volátiles hechas de plantas y se almacenan en sus venas, glándulas o sacos; cuando se liberan (al machacar o abrir la planta), se libera también el aroma. Al inhalar los químicos de los aceites esenciales, éstos llegan al bulbo olfativo y estimulan impulsos nerviosos que viajan al sistema límbico del cerebro para su procesamiento. Un órgano llamado cuerpo amigdaloide cerebral, ubicado en el sistema límbico, almacena los recuerdos asociados con los distintos olores. En algunos casos los recuerdos pueden permanecer latentes durante muchos años.

Los aceites esenciales también pueden absorberse por la piel a través de baños, compresas o tallándolos o masajeándolos en la superficie cutánea. Como las medicinas tópicas, estos aceites se absorben y producen efectos fisiológicos.

Recubrimiento de suelos

El alfombrado es un eficaz amortiguador de ruido y para la mayoría de la gente representa calor, comodidad y una atmósfera hogareña. Incluso se ha especulado con la idea de que el alfombrado en entornos institucionales puede reducir la cantidad de fracturas relacionadas con caídas. Sin embargo, el alfombrado también genera problemas, que incluyen:

- *Electricidad estática y adherencia.* Muchas personas mayores arrastran los pies al andar y no levantan por completo las puntas; esto puede producir electricidad estática molesta y la adherencia de las zapatillas y las suelas de los zapatos a la alfombra podría provocar caídas.
- *Dificultad para movilizarse en silla de ruedas.* Mientras más afelpada es la alfombra, más difícil resulta girar las ruedas en su superficie.
- *Limpieza.* Es más difícil limpiar líquidos derramados en una superficie alfombrada; incluso en superficies lavables, puede haber decoloración.
- *Olores.* El humo de cigarrillo y otros olores pueden impregnarse en las alfombras y crear olores desagradables que duran. La orina, el vomito y otras sustancias exigen esfuerzos especiales para eliminar los olores, los cuales podrían no ser efectivos.
- *Plagas.* La superficie debajo del alfombrado proporciona un ambiente excelente en el que pueden vivir cucarachas, polillas, pulgas y otras plagas.

Para obtener algunos de los beneficios del alfombrado, éste debe aplicarse a algunas de las superficies de las paredes más que al suelo. Esto puede proporcionar un amortiguador de ruido, variaciones de textura y decoración con menos problemas de limpieza y mantenimiento que el alfombrado del suelo.

CONCEPTO CLAVE

Alfombrar una parte de la pared puede proporcionar un amortiguador para el ruido y ofrecer una variación en el decorado de la habitación.

Las alfombras sueltas y de áreas son una fuente ideal de caídas y no deben utilizarse. Los pisos embaldosados deben colocarse con una base de madera en lugar de directamente en el cemento para tener mejor aislamiento y amortiguado. Los diseños atrevidos pueden producir mareos y confusión al caminar; es preferible un solo color sólido. Una superficie no reflectante es esencial para los mayores. Los tratamientos en el suelo pueden ofrecer superficies antideslizantes y son particularmente útiles en baños, cocinas y áreas que conducen a exteriores.

Mobiliario

El mobiliario debe ser atractivo, funcional y cómodo. Una silla firme con reposabrazos proporciona apoyo y ayuda a levantarse o sentarse; los colchones bajos y que se hunden son difíciles de usar para los adultos mayores. Las sillas también deben tener la altura apropiada para permitir que los pies de los individuos descansen por completo en el suelo, sin que haya presión detrás de las rodillas. Las mecedoras

brindan relajación y un poco de ejercicio a las personas mayores. Los sofás de dos plazas son preferibles a los sofás grandes, porque nadie se arriesga a sentarse en el centro sin reposabrazos que le ayuden.

El tapizado de todos los muebles debe ser fácil de limpiar, así que las cubiertas de piel o vinilo son más útiles que la tela. El tapizado debe ser resistente al fuego, con una superficie lisa, sin botones o costuras en las zonas que entran en contacto con el cuerpo. En lugar de que el respaldo, el asiento y los reposabrazos sean una misma unidad interconectada, los espacios abiertos donde se unen estas secciones proporcionan ventilación y son más fáciles de limpiar. Los sillones reclinables pueden promover la relajación y proporcionan un medio para elevar las piernas, pero no deben exigir esfuerzos extenuantes para cambiar de posición.

Las mesas, estanterías y otros muebles han de ser robustos y capaces de aguantar el peso de las personas que se apoyan en busca de sostén. Si se usan lámparas de mesa, fijarlas a la superficie de la mesa puede prevenir que caigan al intentar encontrarlas en la oscuridad. Es mejor colocar los reposapiés, mesitas, maceteros de pie y otros muebles pequeños en lugares poco transitados, si es que fueran necesarios. Los muebles y el desorden no deben obstruir el paso de la habitación al baño.

También debe revisarse que los cajones sean fáciles de usar. Lijar y encerar las esquinas y los deslizadores puede facilitar su movimiento. En cuanto a los espejos colgantes, ha de considerarse la altura y funcionalidad para el usuario; obviamente, las personas en silla de ruedas necesitarán un nivel más bajo que sus semejantes que pueden caminar.

Los individuos con disfunciones cognitivas necesitan ambientes simples. El mobiliario debe verse como tal y no como piezas de decoración. El uso de los muebles debe ser claro. Colocar una silla-inodoro junto a una silla para sentarse puede resultar confuso y se tendrá como resultado el empleo inadecuado de ambas.

Estimulación sensorial

Al tomar decisiones bien pensadas y aprovechar los objetos y actividades de la vida diaria, puede hacerse mucho para crear un ambiente que sea agradable y estimulante para los sentidos. Éstas son algunas sugerencias:

- Recubrimientos de pared texturizados.
- Mantas y colchas suaves.
- Objetos con texturas y formas distintas, resistentes (p. ej., una almohada circular cubierta de lana y una cuadrada cubierta de tweed).
- Murales, pinturas, esculturas y tapices.
- Plantas y flores recién cortadas.
- Preparar café, cocinar, usar perfumes y aceites.
- Pájaros para escuchar y animales para acariciar.
- Música suave.

Pueden crearse diferentes ambientes en el área habitable de la persona a fin de producir distintas experiencias sensoriales. El apetito de quienes viven en residencias de adultos mayores puede mejorarse si dentro de su área de comida pueden oler el

aroma de su café mientras se está preparando o el del pan al tostarse en lugar de sólo tener el producto terminado en una bandeja frente a ellos.

Es necesario hacer esfuerzos especiales para quienes están obligados a guardar cama o aquellos con oportunidades limitadas de estimulación sensorial. Además de las sugerencias anteriores, puede cambiarse con regularidad el tapiz de sus habitaciones. Muchas bibliotecas y museos prestan arte gratis. Colaborar con un colegio local puede producir arte único para las personas mayores y proyectos artísticos significativos para los estudiantes. Una «caja de estimulación sensorial» que contenga objetos de diferentes texturas, formas, colores y fragancias puede brindar una actividad.

Control del ruido

El sonido produce varios efectos físicos y emocionales. Muchos de los sonidos que damos por sentado —televisión, ruido del tráfico, conversaciones de una habitación contigua, motores de electrodomésticos, grifos goteando y sistemas de radiolocalizadores— pueden ocasionar problemas a las personas mayores. Muchos mayores ya experimentan algunas limitaciones auditivas como resultado de presbiacusia y necesitan estar especialmente atentos para compensar esta deficiencia.

Los sonidos ambientales compiten con los sonidos que las personas mayores quieren o necesitan escuchar, como las conversaciones telefónicas o las noticias matutinas, lo que genera mala audición y frustración. El ruido indeseado, disonante o crónico puede ser un estresante y causar síntomas físicos y emocionales.

En condiciones ideales, el control del ruido empieza con el diseño del edificio. El paisajismo cuidadoso y las paredes pueden amortiguar el ruido exterior. Los techos acústicos, las cortinas y alfombras —también útiles en las paredes— ayudan, como también lo hace poner atención al mantenimiento de los electrodomésticos y el equipo. Los aparatos de radio y los televisores no deben estar encendidos cuando nadie los está escuchando; si una persona necesita un volumen más alto, unos auriculares para ese individuo pueden evitar que los demás estén expuestos a los volúmenes elevados. En contextos institucionales, los radiolocalizadores de bolsillo individuales son menos perturbadores que los intercomunicadores y sistemas de radiolocalización.

Peligros del cuarto de baño

Muchas lesiones accidentales suceden en el baño y pueden evitarse con sentido común y medidas económicas. Debe prestarse particular atención a los siguientes aspectos:

- *Iluminación.* Debe haber una pequeña luz encendida en todo momento. Ya que la frecuencia urinaria y la nicturia son comunes, los mayores utilizan el baño a menudo y pueden beneficiarse de una mayor visibilidad. La luz constante es especialmente útil si el interruptor está fuera del baño, para que el individuo no tenga que entrar a un área oscura y después buscar el interruptor.
- *Superficie del suelo.* Las toallas, los secadores de cabello y otros objetos no deben dejarse en el suelo y no deben usarse alfombrillas decorativas. Para la gente mayor,

las caídas son peligrosas en cualquier circunstancia, pero la probabilidad de caer y golpearse la cabeza en la superficie dura del lavamanos o el inodoro aumenta el potencial de gravedad de la caída. Las fugas de agua deben corregirse para evitar los suelos resbaladizos, que son otra causa de caídas.

- *Grifos.* Las llaves de los grifos con forma de palanca con más fáciles de utilizar que las redondas o que aquéllas sobre las que debe ejercerse presión. La gente mayor puede caer o quemarse al dejar salir demasiada agua caliente mientras intenta girar la llave del grifo. Este problema enfatiza la necesidad de controlar la temperatura del agua caliente de manera central. Establecer códigos de color para las llaves del grifo hace más fácil diferenciar la caliente de la fría que las letras pequeñas.
- *Bañeras y duchas.* Las superficies antideslizantes son esenciales en el suelo de las bañeras y duchas. Las barras de sujeción en las paredes y las barandillas de seguridad incorporadas a los lados de las bañeras brindan apoyo en los traslados y son una fuente de estabilización durante el baño (fig. 17-2). Una silla para la bañera o ducha proporciona un lugar para sentarse durante la higiene y, para los que utilizan la bañera, un sitio donde apoyarse cuando se levantan para salir de ella. Ya que la presión arterial puede descender después del baño, podría ser favorecedor tener una silla a un lado de la bañera para que la persona descanse mientras se seca.
- *Inodoros.* Las barras de agarre o los marcos de apoyo ayudan en la difícil tarea de sentarse y levantarse del inodoro. La baja altura de los inodoros dificulta su empleo a muchas personas mayores, por lo que podría resultar útil un complemento para elevar el asiento.

FIGURA 17-2 ■ Las características de seguridad del cuarto de baño incluyen barras de agarre, rieles de seguridad, asiento para ducha y silla de traslado.

- *Aparatos eléctricos.* El uso de calentadores eléctricos, secadores de cabello y radios en el cuarto baño representa un considerable riesgo para la seguridad. Incluso las personas saludables y ágiles pueden resbalar por accidente y hacer caer un aparato eléctrico dentro de la bañera.

Las tiendas de suministros médicos y los proveedores de equipo para el cuidado de la salud ofrecen una variedad de aparatos que pueden hacer el baño y otras instalaciones más seguras y funcionales. Algunas veces es posible fabricar accesorios

menos costosos en casa y que sean igual de eficaces. Es mucho más inteligente invertir y usar estos aparatos de asistencia para prevenir una lesión que esperar a que la lesión suceda.

Peligros del fuego

Las personas mayores corren el riesgo de lesiones por quemaduras como resultado de los peligros normales en el hogar. Los incendios en la cocina a menudo suceden cuando se agota el líquido que hierve porque la persona lo olvidó. Los individuos mayores pueden ayudar a prevenir estos incendios si se quedan en la cocina mientras preparan la comida, ponen un cronómetro que les recuerde que revisen la olla o utilizan un microondas para calentar líquidos.

El descuido al tirar cerillas y colillas de cigarrillo encendidas a la basura, quedarse dormido con un cigarrillo en la mano y que la propia ropa o la de la cama se encienda al prender un cigarrillo son riesgos potenciales de los fumadores de edad avanzada, a quienes se debe advertir. Limitar la posibilidad de fumar en espacios concretos o a determinadas horas del día puede ayudar a reducir estos riesgos.

Para los adultos mayores que utilizan calentadores, es bueno revisarlos para garantizar su seguridad. Los calentadores deben tener un mecanismo de apagado automático para prevenir incendios en caso de que se empuje o caiga el calentador sobre cables eléctricos sin protección. Deben usarse con la toma de corriente adecuada (que no esté sobrecargada).

Las chimeneas pueden dar calor y una atmósfera acogedora, pero también ocasionar incendios. Las chimeneas donde se quema madera deben limpiarse para evitar que se tapen; ésta podría ser una tarea difícil para los mayores. Sin la limpieza apropiada, el fuego y el humo no se ventilan adecuadamente y esto puede provocar la inhalación de humo o incendios. Cuando hay una chimenea en casa, ha de preguntarse acerca de su uso y cuidado.

Consideraciones psicosociales

Los objetos físicos constituyen sólo una imagen parcial del ambiente. Los elementos humanos la completan. Los sentimientos y la conducta influyen y son influidos por el entorno del individuo.

Desde la mujer sin hogar que reclama el mismo espacio en una tienda como su lugar de descanso cada noche hasta el habitante de una residencia de adultos mayores que les prohíbe a todos abrir su buró, la mayoría de la gente quiere tener un espacio propio. Esta territorialidad es natural y común; muchos nos incomodaríamos si un visitante empieza a revisar los papeles del escritorio en nuestra oficina, si un invitado comienza a hurgar en nuestro armario o si un extraño se acurruca a nuestro lado en el metro cuando todos los demás asientos están vacíos. La molestia que sentimos al tener a alguien mirando por nuestra ventana, asomándose a través de la cerca de nuestro patio, poniendo música lo suficientemente fuerte para que se escuche en nuestra casa o viéndonos fijamente demuestra que el espacio personal y la privacidad pueden invadirse sin que exista contacto físico directo.

Para la persona mayor, dependiente y enferma, la privacidad y el espacio personal

no son menos importantes, pero pueden llegar a ser más difíciles de conseguir. En un marco institucional, el personal y los demás pacientes podrían establecer un contacto no deseado con el territorio de la persona o con ella misma en cualquier momento, desde el residente confundido que deambula por las habitaciones de los demás hasta los miembros del personal que levantan las sábanas para revisar si la cama está seca. Incluso en casa, los familiares bien intencionados podrían no pensarlo dos veces al eliminar o mover los objetos personales para hacer la limpieza o entrar al baño sin avisar sólo para asegurarse de que todo esté bien. Mientras más dependientes y enfermos estén los individuos, más se invadirá su espacio y privacidad. Desafortunadamente, para estos individuos que han experimentado varias pérdidas y cuyo mundo social está reduciéndose, controlar su privacidad y espacio personal podría ser uno de los pocos privilegios que pueden ejercer. Es importante que quienes los cuidan se den cuenta y respeten esta necesidad cumpliendo varias medidas básicas:

- Definir áreas y objetos personales específicos de los individuos (p. ej., este lado de la habitación; esta habitación de la casa; esta silla, cama o armario).
- Proporcionar áreas de privacidad donde puedan estar solos. Si no está disponible una habitación privada, colocar los muebles para lograr el máximo de privacidad (p. ej., camas en lados diferentes de la habitación situadas en diferentes direcciones, estantes y plantas para dividir la habitación).
- Pedir permiso para entrar al espacio personal. Imaginar un círculo invisible de 1,5 a 3 m alrededor de la persona y preguntar antes de entrar al mismo: «¿puedo sentar a su nuevo compañero de habitación a su lado?», «¿me permite pasar?», «¿puedo limpiar el interior de su armario?».
- Permitir el máximo control sobre el espacio propio.

CONCEPTO CLAVE

Es importante que la enfermera reconozca la necesidad de la persona mayor de tener su espacio personal. El control del espacio personal y de la privacidad podría ser uno de los pocos privilegios que les quedan a las personas que han experimentado muchas pérdidas y un mundo social que está reduciéndose.

Los elementos del ambiente pueden facilitar o desalentar la actividad mental y social. Los relojes, calendarios y periódicos fomentan la orientación y el conocimiento de los acontecimientos actuales. Los libros y revistas de fácil accesibilidad estimulan la mente y expanden los horizontes. Los juegos y pasatiempos pueden brindar estimulación y ser una alternativa a ver la televisión. Apilar las sillas en espacios concurridos, aunque no muy transitados, permite la interacción y la relación con un mundo más amplio.

Aunque menos del 5% de los adultos mayores vive en residencias para adultos mayores, alrededor del 25% de las personas mayores pasará algún tiempo en dicho lugar durante los últimos años de su vida. Las residencias para adultos mayores no son un reflejo de los ambientes habituales de una casa y puede resultar difícil adaptarse. Los ambientes familiares se reemplazan por nuevos paisajes, sonidos,

olores y personas. Los elementos que evocaban recuerdos y las ocupaciones habituales no están y deben dominarse otros nuevos en un momento en el que las reservas individuales son bajas. Los familiares y vecinos que brindaban amor y comprensión son sustituidos por personas que recién conoce a esa persona y que tiene que realizar muchas tareas. El individuo que experimenta esto podría tener una variedad de reacciones, como:

- Depresión por la pérdida de salud, objetos y cosas personales e independencia.
- Regresiones debidas a incapacidad para controlar el estrés.
- Humillación por tener que solicitar ayuda para satisfacer sus necesidades básicas y pequeños deseos, como ir al baño, una taza de té o un cigarrillo.
- Enfado por la pérdida de control y libertad.

Las residencias para adultos mayores no pueden brindar las mismas satisfacciones que el propio hogar, pero el ambiente institucional puede mejorarse con:

- Un decorado atractivo.
- La inclusión de los objetos personales.
- Respeto a la privacidad y el territorio personal.
- Reconocimiento de la individualidad del residente.
- Permitir el máximo control sobre las actividades y la toma de decisiones.
- Modificaciones ambientales para compensar los déficits.

El ambiente humano será más importante para los habitantes de las residencias para adultos mayores que el entorno físico. Una mejor decoración interior y encantadores dibujos de color significan muy poco cuando no hay respeto, individualidad y sensibilidad.

EL PROBLEMA DE LAS CAÍDAS WATCH LEARN

Una de las preocupaciones importantes acerca de la seguridad en los últimos años de la vida se relaciona con la incidencia de caídas. Los estudios indican que una tercera parte de las personas de 75 años en adelante experimenta caídas cada año y la mitad de ellas sufre varias caídas (Centers for Disease Control and Prevention [CDC], 2004, 2007). Las consecuencias de las caídas son graves para las personas mayores; el 20% de los ingresos al hospital y el 40% de los ingresos a las residencias de adultos mayores se deben a caídas (Sterling, O'Connor y Bonadies, 2001). Incluso si no hay lesiones físicas, las víctimas pueden desarrollar miedo a caer de nuevo (es decir, síndrome postcaída) y reducir sus actividades como consecuencia; esto puede conducir a dependencia innecesaria, pérdida de funciones, disminución de la socialización y mala calidad de vida.

Riesgos y prevención

Muchos factores contribuyen a la elevada incidencia de caídas en los mayores (recuadro 17-2). Los factores de riesgo comunes incluyen:

- *Cambios relacionados con la edad:* capacidad visual disminuida; problemas para

diferenciar los tonos de un mismo color, en particular los azules, verdes y violetas; cataratas; mala visión por la noche y en áreas poco iluminadas; menos elevación de los pies y de sus puntas al caminar; modificación del centro de gravedad que conduce a la pérdida del equilibrio con más facilidad; reacciones más lentas; frecuencia urinaria.

RECUADRO 17-2 Factores de riesgo de caídas

FACTORES RELACIONADOS CON LA EDAD

Antecedente de caídas.
Ser mujer mayor de 75 años.
Visión deficiente.
Trastornos de la marcha.
Hipotensión postural.

ENFERMEDADES O ALTERACIONES FUNCIONALES

Discapacidad física.
Incontinencia, nicturia.
Delirio, demencia.
Trastornos del humor.
Marco.
Debilidad.
Fatiga.
Ataxia.
Parálisis.
Edema.
Uso de bastón, andador, silla de ruedas, muletas o dispositivos ortopédicos.
Uso de restricciones.
Presencia de sonda IV permanente.
Estado cardiaco inestable.
Enfermedad neurológica.
Parkinsonismo.
Ataque isquémico transitorio.
Accidente cerebrovascular.
Diabetes mellitus.
Enfermedad vascular periférica.
Enfermedad ortopédica.
Problemas de pies.
Diagnósticos múltiples.

MEDICAMENTOS

Antidepresivos.
Antihipertensivos.
Antipsicóticos.
Diuréticos.
Sedantes.
Tranquilizantes.
Medicamentos múltiples.

FACTORES AMBIENTALES

Ingreso reciente a hospital/residencia de adultos mayores.
Ambiente extraño.
Suelos muy pulidos.
Iluminación ambiental inadecuada.
Ausencia de rieles, barras de apoyo.
Diseño ambiental deficiente.
Desorden, equipamiento.

- *Empleo inadecuado de los aparatos para movilidad asistida:* usar bastones, andaderas, sillas de ruedas sin que se prescriban o adapten, o se instruya en su utilización; no usar los frenos en los traslados.
- *Medicamentos:* en particular aquellos que pueden provocar mareo, somnolencia, hipotensión ortostática e incontinencia, como los antihipertensivos, sedantes, antipsicóticos y diuréticos.
- *Ropas inseguras:* zapatos y calcetines de la talla equivocada, batas o pantalones largos.
- *Síntomas relacionados con enfermedades:* hipotensión postural, incontinencia, circulación sanguínea cerebral disminuida, edema, mareo, debilidad, fatiga, osteoporosis, parálisis, ataxia, desórdenes anímicos y confusión.
- *Peligros ambientales:* superficies mojadas, suelos encerados, objetos en el suelo, mala iluminación.
- *Factores relacionados con los cuidadores:* uso inapropiado de las restricciones y las barandillas de la cama, retrasos al responder a las demandas, prácticas inseguras, supervisión deficiente de las conductas problemáticas.

Un historial de caídas puede predecir el riesgo de caídas futuras de un individuo; por lo tanto, las enfermeras tienen que evaluar con cuidado a las personas que han sufrido una caída o incluso un ligero tropiezo para identificar los factores que podrían incrementar el riesgo de que este problema se presente de nuevo. Deben planificarse intervenciones al respecto.

Es necesario tener precaución para abordar los riesgos de caídas vinculadas con la hipotensión postural. Esta es un problema frecuente que produce mareo cuando los mayores se ponen de pie después de despertar. Al despertar, deben pasar varios minutos descansando en la cama y estirando sus músculos, seguidos de varios minutos más sentados en un lado de la cama antes de ponerse de pie. El efecto ortostático de ponerse de pie después de bañarse, sumado a la dilatación de los vasos periféricos debida al agua caliente, también conduce a desmayos y caídas. Las alfombras de plástico y las tiras antiderrapantes, una silla de baño y el descanso antes de ponerse de pie son medidas esenciales en el baño.

En las instituciones de salud puede resultar beneficioso tener un programa eficaz para la prevención de caídas que incorpore algunas de las intervenciones descritas en el Razonamiento del diagnóstico enfermero: riesgo de lesión. La inspección cuidadosa y regular del ambiente y la pronta corrección de los peligros ambientales (p. ej., goteras, grietas en los pasillos y barandillas de cama rotas) son esenciales

(recuadro 17-1). Debe incorporarse una evaluación del riesgo de caídas a la valoración de cada cliente de edad avanzada. El modelo de riesgo de caídas de Hendrich II es una herramienta breve que ayuda a valorar el riesgo de caídas (*v.* Recursos al final de este capítulo). El personal debe orientar a las personas de edad avanzada cuando ingresan en nuevos entornos y reforzar las prácticas de seguridad, como utilizar las barandillas de cama, los frenos en las sillas de ruedas y las camillas en las transferencias, así como limpiar los vertidos de inmediato.

CONCEPTO CLAVE

Un programa de prevención de caídas es esencial en lugares donde se proporcionan servicios a los adultos mayores.

Algunas caídas sucederán igual a pesar de las mejores medidas preventivas. Los cuidadores deben valorar a la víctima de una caída y mantenerla inmóvil hasta que se realice un examen completo de la lesión. Algunos signos sobre los que hay que poner atención son heridas abiertas o cambios de color en la piel, hinchazón, sangrado, asimetría de las extremidades, alargamiento de una extremidad y dolor. La exploración médica y las radiografías se justifican para cualquier leve sospecha de fractura u otra lesión de gravedad. Con frecuencia las fracturas no son evidentes de inmediato después de la caída; podría ser sólo en el momento en que la persona intenta regresar a sus actividades normales cuando se produzca el desajuste del hueso lesionado. También podría haber lesiones por la caída en otras áreas diferentes al punto de impacto directo; por ejemplo, es posible que una persona se haya golpeado en la rodilla, pero la fuerza de la caída tal vez puso suficiente presión en la cadera como para fracturar el fémur. La exploración y la observación cuidadosas pueden ayudar en el diligente diagnóstico de lesiones y en el inicio del tratamiento.

Además de la lesión física que resulta de la caída, los mayores pueden experimentar traumas psicológicos. Las caídas pueden hacer que las personas mayores se sientan vulnerables y temerosos de perder su independencia. Podría producirse una restricción innecesaria de su actividad. Los pacientes deben compartir esta información durante la valoración cuando les pregunten acerca de sus caídas; además, algunos signos indican miedo a caer, como la precaución excesiva al cambiar de posición y al caminar, la limitación innecesaria de la movilidad, agarrarse de los muebles o de la pared al caminar o transferirse, o la ansiedad aparente al trasladarse. Puede ser útil ofrecer sugerencias para prevenir caídas (p. ej., utilizar zapatos seguros, mantener las áreas bien iluminadas, cogerse de la barandilla al subir escaleras y evitar subir escaleras verticales) a la vez que se fomenta una mayor actividad.

Riesgos relacionados con las restricciones

Durante la mayor parte del sigo XX, las sujeciones se utilizaron ampliamente en los inicios del cuidado de la salud con la creencia de que prevendrían caídas, fomentarían que los pacientes siguieran los tratamientos y ayudarían a controlar los cambios conductuales. En general esta práctica no se cuestionó hasta la década de 1990,

cuando empezaron a surgir estudios que sugerían que las sujeciones contribuyen a lesiones graves y empeoran la actividad cognitiva (Capezuit, Strumpf, Evans, Grisso y Maslin, 1998). Desde ese momento, la combinación de pruebas clínicas basadas en investigaciones, el esclarecimiento clínico, los esfuerzos de los grupos de defensa y los cambios en los estándares y normativas concernientes a las restricciones han contribuido a la reducción considerable del uso de las mismas (Squillace, Remsburg, Bercovitz, Rosenoff y Branden, 2007).

RAZONAMIENTO DEL DIAGNÓSTICO ENFERMERO

RIESGO DE LESIÓN

Generalidades

Muchas personas mayores están limitadas en sus capacidades para protegerse de los peligros a su salud y bienestar. Las indicaciones de la existencia de este diagnóstico pueden manifestarse a través de un historial de caídas o accidentes frecuentes, infecciones, múltiples hospitalizaciones y estado de ánimo o cognitivo alterado.

Factores causales o contribuyentes

Cambios relacionados con la edad, problemas de salud, estados de debilidad o inmovilidad, deficiencias sensoriales, aparatos para la movilidad asistida mal ajustados o mal utilizados, uso inseguro de medicamentos, ambiente inseguro, estado de ánimo o función cognitiva alterados.

Objetivo

El paciente está libre de lesiones.

Intervenciones enfermeras

- Valorar el riesgo de lesión del paciente (p. ej., riesgo de caídas, actividades de la vida diaria y actividades de la función en la vida diaria deficientes, estado mental, marcha, uso de medicamentos, estado alimentario, ambiente, conocimiento de prácticas de prevención de lesiones).
- Identificar a pacientes con alto riesgo de lesiones y planificar medidas para reducir sus riesgos específicos.
- Orientar a los pacientes al ingresar en nuevos ambientes.
- Alentar a los pacientes a que usen las gafas, aparatos auditivos y aparatos protésicos que se les recetaron.
- Asegurar que los pacientes utilicen los bastones, andadores y sillas de ruedas de manera adecuada y sólo cuando se los prescriban.
- Evitar el uso de restricciones físicas o químicas a menos de que se considere absolutamente necesario; aplicar los procedimientos adecuados para verificar la seguridad cuando se utilicen.
- Recomendar a los pacientes que cambien de posición lentamente, apoyándose en un objeto estable mientras lo hacen.
- Mantener los suelos libres de basura y desorden.
- Iluminar bien todas las áreas que el paciente usa.
- Almacenar los productos de limpieza y otras sustancias venenosas en áreas seguras.
- Alentar a los pacientes a que utilicen las barandillas y las barras de apoyo.
- Ayudar a los pacientes en sus traslados según sea necesario.
- Revisar la necesidad, eficacia y adecuación de la dosis de los medicamentos; instruir a los pacientes en su empleo seguro.
- Asegurarse de que los pacientes utilicen zapatos de su talla, sin tacón, y batas y pantalones de longitud adecuada.
- Detectar y tratar de inmediato los cambios en el estado de salud física y mental.
- Revisar el ambiente en casa en busca de riesgos en la seguridad y ayudar al paciente a obtener ayuda para eliminar los riesgos (p. ej., mejoras de bajo costo a la casa, ayuda de un asistente doméstico o residencias para mayores).
- Si los riesgos de seguridad se relacionan con insuficiencia económica (incapacidad para comprar medicamentos o aceite para el calentador, o para reparar la casa), remitir al paciente a una agencia de

seguridad social para evaluar la posibilidad de que obtenga ayuda.

Las restricciones son todos los elementos que limiten la libertad de movimiento. Pueden consistir en sujeciones físicas, como cinturones de seguridad, chalecos, muñequeras y barras bilaterales de tamaño completo, y restricciones químicas, que son medicamentos que se administran con el único propósito de disciplinar o por la conveniencia del personal.

Aplicar sujeciones físicas a una persona que ya está agitada aumenta su miedo y empeora los síntomas de conducta. Esto difícilmente refleja una práctica cuidadosa y sensible. Además, las sujeciones pueden conducir a complicaciones graves, como aspiración, obstrucción circulatoria, estrés cardíaco, desgarros y úlceras en la piel, anorexia, deshidratación, estreñimiento, incontinencia, fracturas y luxaciones.

PARA REFLEXIONAR

¿Cómo cree usted que reaccionaría si entrara a la habitación del hospital o residencia de adultos mayores donde cuidan a su ser querido y lo encontrara luchando para liberarse de las sujeciones físicas?

Ahora existen evidencias de que el uso de sujeciones físicas puede reducirse de manera considerable sin aumentar el personal o las lesiones (Strumpf, Evans y Bourbonniere, 2001). Por lo tanto, no utilizar restricciones físicas y químicas es un estándar que las enfermeras gerontológicas deben fomentar en todos los ámbitos clínicos. Una valoración amplia favorece la identificación de los factores que contribuyen a la agitación y otras conductas negativas; estos factores podrían incluir deficiencias visuales y auditivas, dolor, delirio, disnea, estimulación sensorial excesiva y falta de familiaridad con el nuevo ambiente. Atender el factor específico que contribuye a la conducta puede calmar al paciente y eliminar la necesidad de restricciones. Cuando las conductas no pueden modificarse, deben considerarse alternativas a las sujeciones, como:

- Colocar al paciente en una habitación cerca del control de la unidad, donde la observación cercana y el contacto frecuente se facilitan.
- Supervisión individual y acompañamiento (a menudo, los miembros de la familia y los voluntarios pueden proporcionarlo).
- Utilizar dispositivos electrónicos que avisen al personal cuando el paciente intente bajarse de la cama o salir del área asignada.
- Reposicionar, emitir palabras de consuelo, propiciar el contacto físico y otras medidas de consuelo.
- Orientación y consuelo frecuentes.
- Actividades de distracción.

La observación estrecha y el registro completo de las respuestas de los pacientes a las sujeciones y las alternativas a las sujeciones son esenciales.

INTERVENCIONES PARA REDUCIR LOS RIESGOS INTRÍNSECOS EN LA SEGURIDAD

Cuando sufren caídas, lesiones u otro problema, a las personas mayores les toma más tiempo recuperarse y existe un mayor riesgo de complicaciones; por lo tanto, la palabra clave de la seguridad es la *prevención*. Los factores de riesgo intrínsecos frecuentes en los mayores demandan medidas preventivas adicionales además de las prácticas que promueven la seguridad de las personas de cualquier edad. Una variedad de métodos prácticos, muchos de los cuales no son costosos, promueven la seguridad y deben considerarse en la atención de los individuos mayores. Estas medidas no sólo ayudan a evitar lesiones y enfermedades, sino que también pueden aumentar las capacidades de autocuidado.

CONCEPTO CLAVE

La prevención es importante porque los adultos mayores necesitan más tiempo para recuperarse de lesiones y sufren más complicaciones.

Reducir los riesgos de la hidratación y la alimentación

Una ingesta adecuada de líquidos puede ser difícil para los mayores, en particular si están deprimidos, dementes o son físicamente incapaces de mantener una buena ingesta de líquidos y alimentos. La percepción de la sed declina con la edad, lo que ocasiona que las personas mayores estén menos conscientes de sus necesidades hídricas. Algunas veces la restricción autoimpuesta de líquidos es un medio para controlar la frecuencia urinaria; en otras situaciones la capacidad mental para responder a la sensación de sed podría faltar. El resultado es una ingesta hídrica insuficiente, lo que ocasiona que se utilicen las reservas de líquido intersticial, de por sí disminuidas. Excepto si está contraindicado, los mayores deben ingerir por lo menos 1 500 ml de líquido cada día. Muchas fuentes, además del agua simple, pueden satisfacer esta necesidad, como refrescos, café, jugos, gelatina, hielo y jugos de frutas cítricas.

La mala salud bucal, los síntomas gastrointestinales, la cognición alterada, la depresión y la dependencia de otros pueden conducir a una mala ingesta alimentaria. Incluso las personas mayores saludables pueden tener dificultades para ingerir una dieta apropiada debido a factores como limitaciones económicas, problemas para comprar comida y falta de motivación para prepararse alimentos saludables. Fatiga, debilidad, mareo y otros síntomas que se relacionan con un estado nutricional deficiente predisponen a los mayores a accidentes y enfermedades. La ingesta alimentaria adecuada en cantidad y calidad aumenta la resistencia del cuerpo a dichos problemas. Véase el capítulo 14 para encontrar más información específica acerca de las necesidades de hidratación y alimentos.

Atender los riesgos relacionados con las deficiencias sensoriales

Los cambios en la visión que ocurren con el envejecimiento pueden representar

amenazas para la seguridad. La mayoría de las personas mayores de 40 años necesita lentes correctores para ver. La capacidad visual de las personas mayores puede cambiar con la frecuencia suficiente para que sean necesarias evaluaciones regulares de la visión y para que se garantice la eficacia de las gafas que se prescribieron. Las exploraciones anuales de los ojos son de ayuda no sólo para asegurar que las gafas correctoras sean adecuadas, sino también para detectar a tiempo muchos de los trastornos oculares cuya prevalencia aumenta con la edad.

Para compensar la reducción de la visión periférica, hay que acercarse a los individuos afectados desde el frente, en lugar de por atrás o los lados, y los muebles y las cosas que se usan con frecuencia deben estar a la vista. Es posible que la percepción alterada de la profundidad altere la capacidad de los mayores para detectar los cambios de nivel; esto puede corregirse con buena iluminación, eliminando el desorden en las escaleras, usando colores contrastantes en los escalones y colocando señales para indicar cuando se acerca un cambio de nivel. Es importante evitar los colores de tonos bajos cuando se decoren áreas para personas mayores; los rojos, naranjas y amarillos brillantes y los colores contrastantes en puertas y ventanas pueden ser atractivos y útiles. Debe considerarse la dificultad para diferenciar entre las tonalidades claras si se enseña a los mayores a autorrealizarse pruebas de orina, porque éstas a menudo exigen distinguir colores. Los productos de limpieza, los medicamentos y otros materiales se etiquetan con letra grande para prevenir accidentes y errores.

Las deficiencias auditivas también representan un riesgo en la seguridad porque las indicaciones y precauciones pueden no oírse o malinterpretarse. Es necesario someter a una evaluación audiométrica a las personas con deficiencias auditivas para determinar las posibles medidas correctoras y el beneficio de usar aparatos auditivos. Debe recomendarse a los mayores que no compren aparatos auditivos sin una evaluación y prescripción acorde con sus necesidades específicas.

Las explicaciones e indicaciones para las pruebas clínicas, la administración de medicamentos y otras medidas terapéuticas deben darse tanto por escrito como de manera verbal. Los individuos con disfunciones auditivas han de vivir cerca de alguien que oiga bien y que pueda avisarles cuando suenen alarmas de incendio u otras alarmas. Los perros entrenados especialmente para las personas con deficiencias auditivas, similares a los lazarillos, pueden ser de utilidad; las asociaciones locales de audición y habla proporcionan información acerca de éste y otros recursos.

Las limitaciones visuales y auditivas de los mayores generan dificultades para los profesionales de la salud que necesitan hacer preguntas, advertencias e indicaciones durante la noche. Las personas mayores con deficiencias auditivas o que no tienen puestos sus aparatos auditivos pueden no oír cuando les susurran para evitar despertar a las demás personas que están dormidas y leer los labios es difícil en habitaciones poco iluminadas. Acercar una linterna a los labios de quien habla puede ayudar al individuo a leer los labios y colocar las manos alrededor de la oreja y hablar directamente hacia la misma puede ayudar a la audición. También es posible usar un estetoscopio para amplificar la conversación; se colocan las olivas en la oreja del individuo y se habla por la campana. Es una buena idea explicar estos procedimientos al paciente durante el día para que los aplique por la noche.

CONCEPTO CLAVE

La conversación con un individuo con deficiencia auditiva durante la noche puede facilitarse colocando las olivas de un estetoscopio en las orejas de la persona con deficiencia y hablando por la campana o diafragma.

Otras deficiencias sensoriales, aunque sean más sutiles, pueden predisponer a los mayores a graves riesgos. La disminución del sentido del olfato puede hacer que no perciban olores de alerta e impedir que diferencien entre sustancias inofensivas y peligrosas. Como los mayores tal vez no sean capaces de detectar el olor a gas antes de que ocurra una intoxicación, las estufas eléctricas pueden resultar una mejor opción que las de gas. La pérdida de los receptores del gusto tal vez conduzca a que los mayores utilicen cantidades excesivas de sal y azúcar en su dieta, lo que es un peligro potencial para la salud. La disminución de la sensación táctil a la presión de los zapatos, las dentaduras o las posiciones mismas puede ocasionar lesiones en la piel, y la incapacidad para diferenciar entre temperaturas puede provocar quemaduras. Las enfermeras deben planificar una observación cuidadosa, educación y las modificaciones ambientales necesarias para compensar los déficits específicos.

Prevenir los riesgos relacionados con las limitaciones de movilidad

Las respuestas y tiempos de reacción más lentos pueden ser peligros para la seguridad. Los peatones de edad avanzada podrían juzgar mal su capacidad para cruzar las calles mientras cambia la luz del semáforo y los conductores mayores podrían no reaccionar con la rapidez suficiente para evitar accidentes; si los miembros de la familia no están disponibles para acompañar y transportar a estos individuos, es factible obtener ayuda de las agencias de servicio social. El movimiento más lento y la mala coordinación predispone a los mayores a caídas y otros accidentes; deben eliminarse las alfombras sueltas, los pisos resbaladizos, el desorden y las zapatillas y zapatos de tallas inadecuadas. Debido a que la mala apreciación, la negación o la falta de consciencia acerca de sus limitaciones quizás hagan que no se protejan a sí mismos, debe recomendarse a los mayores que no afronten riesgos, como encaramarse a escaleras o sentarse en las cornisas para limpiar las ventanas.

Vigilar la temperatura corporal

Las fluctuaciones en la temperatura pueden ser peligrosas para los mayores. La temperatura corporal normal de muchos de ellos es menor que la de las personas más jóvenes (p. ej., temperaturas tan bajas como 36° C pueden ser normales en las personas mayores). Es posible no advertir una subida en la temperatura que indique un problema de salud si no se conoce la temperatura normal de la persona. Por ejemplo, una temperatura de 37° C podría no ser preocupante para el cuidador; sin embargo, si está 1° C por encima de la norma del individuo, podría haber una infección, la cual puede causar complicaciones si no se detecta. Además de tener un problema subyacente no detectado y no tratado, una subida no identificada en la

temperatura representa una carga más para el corazón. Por cada 0,5° C de aumento, la frecuencia cardíaca se incrementa cerca de 10 lpm, un esfuerzo que los corazones más viejos no toleran bien. En el otro extremo, la hipotermia se desarrolla con más facilidad en los mayores y puede causar complicaciones graves y la muerte.

Prevenir infecciones

Ya que el riesgo de desarrollar infecciones es considerablemente más alto en las personas mayores que en las más jóvenes, es necesario evitar situaciones que contribuyan a su ocurrencia. Debe evitarse el contacto con personas que tienen, o se sospecha que tienen, infecciones, así como con grupos de gente (p. ej., en centros comerciales, salones de clase y cines) durante la temporada de gripe.

Las vacunas han de mantenerse al día. Los Centers for Disease Control and Prevention recomiendan que las personas mayores de 65 años, los que viven de residencias de adultos mayores y quienes tienen contacto cercano con cualquiera de estos grupos se vacunen anualmente contra la gripe. Las vacunas de neumococos que se administran una vez en la vida y las del tétanos cada 10 años también deben estar al día. Además de evitar las fuentes externas de infección, los mayores deben ser cuidadosos en asegurarse de no provocar situaciones que los predispongan a infecciones, como inmovilidad, desnutrición e higiene deficiente. Por supuesto, las buenas prácticas de control de infecciones son una obligación para prevenir las infecciones yatrógenas en las personas mayores que reciben servicios de los profesionales de la salud.

Algunas pruebas sugieren que las plantas equinácea y sello de oro y el ajo pueden ayudar a prevenir infecciones, y que el ginseng puede contribuir a la prevención de infecciones porque protege el cuerpo de los efectos adversos del estrés. Véase el capítulo 29 para encontrar más información de cómo promover la salud inmunológica.

Recomendar ropa adecuada

Los zapatos que son muy grandes, que no brindan apoyo o que tienen tacones altos pueden ocasionar caídas, lo mismo que las medias flojas y las batas o pantalones que se arrastran en el suelo. Los tirantes y los zapatos o ropa apretados pueden obstruir la circulación. Es posible que los sombreros y bufandas reduzcan el campo visual. Se recomienda el uso de ropa práctica, de la talla adecuada y que facilite las actividades.

Usar los medicamentos con precaución

El elevado número de medicamentos que los mayores consumen y sus diferencias en la farmacocinética pueden conducir a efectos adversos graves. Los medicamentos sólo se prescriben cuando son necesarios y después de que las medidas de tratamiento no farmacológico han demostrado ser infructuosas. Debe enseñarse a las personas mayores y sus cuidadores el uso apropiado, los efectos secundarios y las interacciones de todos los medicamentos que estén tomando, y recomendárseles el uso moderado de los medicamentos de venta libre. (*v.* cap. 18 para encontrar más información de los medicamentos.)

Evitar los delitos

Los mayores son particularmente vulnerables a los delincuentes, que los ven como presas fáciles. Además de ser víctimas de crímenes reales, los mayores a menudo tienen tanto miedo de convertirse en víctimas de un crimen que se niegan a salir de sus casas. Deben emplear una discreción razonable cuando viajen solos o en la noche y al abrir la puerta a desconocidos. De la misma forma, las personas mayores han de tener precaución al negociar contratos y pedir consejos a los miembros de su familia o profesionales, según lo necesite. Las enfermeras gerontológicas tal vez quieran investigar los programas de prevención de delitos que ofrecen las agencias legales de la comunidad, comunidades religiosas, centro de adultos mayores y otras organizaciones; si dichos programas no están disponibles, ellas pueden contribuir a su formación.

CONCEPTO CLAVE

Las personas mayores son particularmente vulnerables a los carteristas, a los robos en su casa o habitación y a los engaños de estafadores.

Fomentar el cuidado al conducir

Los adultos mayores conducen un aproximado de 135 mil millones de kilómetros al año. Aunque al examinarlos como grupo, los conductores de más de 60 años tienen una menor incidencia de accidentes que los menores de 30 años, la incidencia de accidentes se eleva de manera exponencial después de los 75 años. Después de los 85 años, los conductores mayores están involucrados en cuatro veces más accidentes por kilómetro que las personas de 50 a 59 años, y cuando se involucran en accidentes tienen una probabilidad 15 veces mayor de morir que los conductores que se encuentran en la cuarta década de la vida (Carr, 2000; Insurance Institute for Highway Safety, 2006; National Highway Traffic Safety Administration, Department of Transportation, 2006; Shallenbarger, 2012). El Insurance Institute for Highway Safety atribuye la alta incidencia de accidentes mortales al hecho de que los mayores tienden a evitar conducir en autopistas donde los accidentes por kilómetro son menos; además las personas mayores son más frágiles y es menos probable que sobrevivan a las lesiones sufridas (Shallenbarger, 2012).

Las enfermeras también deben ayudar a los conductores mayores a identificar los riesgos en la seguridad al conducir (p. ej., mala visión, uso de medicamentos que reducen la atención y reflejos más lentos) y alentarlos a evaluar su capacidad para conducir de manera segura. También deben educarlos acerca del hecho de que conducir es una habilidad compleja que necesita respuestas cognitivas y psicomotoras rápidas, y que los cambios relacionados con la edad (p. ej., visión periférica disminuida, sensibilidad a los reflejos y tiempos más lentos de respuesta y reacción) afectan las respuestas incluso en ausencia de enfermedades y medicamentos. Más que dejar de conducir por completo, podría ser de utilidad que limiten su conducción a las horas de luz, en áreas no congestionadas y con buen clima. Puede hacerse contacto con las oficinas locales de la Automobile Association of America, la American

Association of Retired Persons y los grupos de ciudadanos de edad avanzada para tomar las clases de conducción segura que se ofrecen a los mayores. Si no existen estos programas en la comunidad, la enfermera gerontológica puede estimular el interés y ayudar a desarrollar programas como medio de procurar la seguridad de los conductores de edad avanzada.

PARA REFLEXIONAR

Muchas personas toman riesgos calculados, como exceder los límites de velocidad, practicar sexo no seguro, consumir drogas y no realizarse exámenes de mama de manera regular. ¿Qué riesgos toma usted y por qué? ¿Qué puede hacer para cambiar esta conducta?

Fomentar la detección temprana de problemas

La detección y corrección tempranas de los problemas de salud ayudan a minimizar los riesgos de seguridad. Es importante la valoración profesional regular; sin embargo, la autoevaluación de los mayores puede ser igual de beneficiosa porque les permite reconocer cambios o anormalidades que indican problemas. Las enfermeras pueden enseñar a los mayores a tomar las siguientes medidas:

- Medir su propia temperatura y pulso (no dar por hecho que todos saben la forma correcta de utilizar y leer un termómetro o tomar el pulso).
- Escuchar sus pulmones con un estetoscopio (tal vez no sean capaces de diagnosticar los sonidos que escuchen, pero pueden reconocer sonidos nuevos o desconocidos).
- Notar cambios en su esputo, orina y heces, que podrían indicar problemas.
- Identificar la efectividad, los efectos secundarios y las reacciones adversas de sus medicamentos.
- Reconocer síntomas que un profesional deba evaluar.

La confusión, desorientación, mal juicio y memoria reducida deterioran la capacidad de los mayores para protegerse de los peligros para la salud y el bienestar. Cuando estos síntomas se presentan, no deben tomarse a la ligera o aceptarse como normales. A menudo, la raíz del problema puede ser un trastorno reversible, como hipotensión, hipoglucemia o infección. Es crucial realizar una valoración exhaustiva para elegir la modalidad de tratamiento adecuada y corregir el problema antes de que aparezcan complicaciones.

CONCEPTO CLAVE

Los cambios, problemas y dificultades que las personas mayores mencionan deben investigarse, porque pueden ser indicadores de enfermedades graves.

Revisar las conductas y la función individuales ayuda a identificar riesgos potenciales en la seguridad. Los ejemplos de situaciones que hay que tener en cuenta comprenden:

- Fumar en la cama.
- Incontinencia.
- Uso inadecuado del andador u otros aparatos de ayuda a la movilidad.
- Mareos ocasionados por nuevos medicamentos.
- Conducir un automóvil con mala visión.
- Cobrar los cheques del seguro social en áreas de alta criminalidad.
- Tener una mascota activa que esté constantemente bajo los pies.

Las enfermeras pueden identificar estos riesgos al observar y preguntar acerca de las actividades, responsabilidades y tareas rutinarias habituales. Deben tomarse medidas para corregir problemas potenciales antes de que suceda un accidente.

Atender los riesgos relacionados con las deficiencias funcionales

Existe un particular alto riesgo en la seguridad cuando las personas tienen alteraciones funcionales, como enfermedad de Alzheimer. Los individuos con disfunciones cognitivas podrían no comprender la importancia de los síntomas, carecer de la capacidad para evitar peligros y ser incapaces de comunicar sus necesidades y problemas a otros. Los ejemplos de deficiencias específicas que podrían aumentar los riesgos de seguridad incluyen déficits de memoria considerables, desorientación, demencia, delirio, depresión, sordera, visión deficiente, afasia y parálisis.

Cuando estas enfermedades están presentes, debe hacerse una valoración para determinar cómo afectan las actividades de la vida diaria (p. ej., preparación de alimentos, uso del teléfono, administración de medicamentos, lavandería y limpieza del hogar). A partir de esto se planifican intervenciones para tratar los problemas específicos, que pueden incluir:

- Enviar al individuo a un terapeuta ocupacional, audiólogo, oftalmólogo, psiquiatra y otros especialistas para evaluar la enfermedad existente y prescribir el tratamiento adecuado.
- Proporcionar aparatos de ayuda y auxiliares para la movilidad e instrucciones para utilizarlos.
- Ayudar a la persona a preparar y etiquetar sus medicamentos según la dosis de administración unitaria; crear e implementar un sistema de registro de administración de medicamentos.
- Hacer arreglos para obtener apoyo telefónico, ayuda de salud en casa, entrega domiciliaria de comidas, asistencia doméstica, sistema de alarma para emergencias y otros recursos de la comunidad que ayuden a la persona disfuncional.
- Instruir y apoyar a los cuidadores de la familia cuando supervisen y cuiden al individuo discapacitado.
- Modificar el ambiente del individuo para reducir los peligros y promover la funcionalidad.

LLEVANDO LA INVESTIGACIÓN A LA VIDA

DESARROLLO DE UNA HERRAMIENTA DE AUTOINFORME DEL RIESGO DE CAÍDAS CON BASE EN LAS RESPUESTAS DE ASEO EN CAÍDAS INTRAHOSPITALARIAS

Ko, A. Nguyen, H.V., Chan, L., Shen, Q., Ding, X.M., Chan, D.L., Clemson, L., y cols. (2012). Geriatric Nursing, 33(1), 9-16.

Durante un período de 8 meses, los investigadores evaluaron el riesgo de caídas de los pacientes de hospitales de edad avanzada utilizando la herramienta de vigilancia estándar de caídas STRATIFY y un cuestionario de dos preguntas desarrollado para este estudio. Después se hizo seguimiento a los participantes para determinar la incidencia de caídas. Los investigadores pensaban que las herramientas de vigilancia del riesgo de caídas intrahospitalarias podrían ser más útiles si se basaban en el juicio de los pacientes.

Las preguntas del cuestionario acerca de las conductas de aseo personal preguntaban a los pacientes qué harían si necesitaban ir al baño y les preocupara caerse en el trayecto. No hubo relación entre las respuestas de los pacientes a las dos preguntas y su incidencia de caídas; sin embargo, los pacientes cuyas respuestas no podían interpretarse tenían un mayor riesgo de caídas, que se creyó atribuible a la confusión. Los pacientes evaluados con alto riesgo de caídas según la escala STRATIFY tenían una probabilidad de caer 9,5 veces mayor que aquéllos considerados de bajo riesgo.

Una de las posibles conclusiones que pueden extraerse de este estudio es que las personas cognitivamente competentes son más cuidadosas y ello reduce su riesgo de caer. Este estudio apoya el vínculo entre disfunción cognitiva y caídas que han mostrado otros estudios. La utilización de la herramienta de autoinforme podría ser una forma para identificar rápidamente a los pacientes en riesgo de caer, en cuanto a que aquellos con dificultades para responder pueden tener deficiencias cognitivas que los convierten en un grupo de alto riesgo.

La evidencia de alteración de la función cognitiva al ingresar o el desarrollo de delirio durante la estancia en el hospital aumentan el riesgo de caídas y justifican las intervenciones enfermeras para reducir este riesgo.

REALIDADES PRÁCTICAS

La señora Dávalos, de 85 años, vive en una residencia para adultos mayores. Su función cognitiva ha sido buena pero su andar es inestable debido a los efectos de un ataque anterior y a debilidad generalizada. Aunque ha recibido terapia física y sabe utilizar un andador, la señora Dávalos se ha caído varias veces en los últimos meses. Si bien las caídas sólo le han causado moratones, a su hija le

preocupa que su madre se caiga y sufra una fractura grave, así que pide al personal enfermero que hagan que la señora Dávalos use una silla de ruedas y que no camine.

¿Cuál es la mejor acción que puede realizar el personal?

EJERCICIOS DE PENSAMIENTO CRÍTICO

1. Explicar cómo la teoría de Maslow acerca de que las necesidades de bajo nivel tienen que satisfacerse antes de que alguien pueda enfocarse en la satisfacción de las necesidades de alto nivel se relaciona con la satisfacción que ofrece el ambiente.
2. ¿Qué iluminación, selección de colores y decoración serían las más terapéuticas para las siguientes áreas que los mayores usan?
   - Habitación.
   - Área recreativa.
   - Comedor.
3. Enumerar al menos seis peligros para las personas mayores en un cuarto de baño estándar.
4. ¿Qué medidas pueden tomarse para humanizar el ambiente institucional?
5. Describir los riesgos en la seguridad que pueden surgir de los siguientes problemas de salud: hipertensión, artritis, debilidad del lado derecho y enfermedad de Alzheimer.
6. ¿Qué cambios pueden realizarse en la casa estándar para hacerla más confortable y segura para los adultos mayores?
7. ¿Qué podría incluirse en un programa para educar a las personas mayores acerca de las acciones que pueden realizar para evitar accidentes y lesiones?

RECURSOS

AAA Foundation for Traffic Safety Senior Driver Website

http://seniordriving.aaa.com

Hartford Institute for Geriatric Nursing

Pruebe esto: Best Practices in Nursing Care to Older Adults Issue 8, Fall Risk Assessment: Hendrich II Fall Risk Model http://consultgerirn.org/uploads/File/trythis/try_this_8.pdf

REFERENCIAS

Capezuit, E., Strumpf, N., Evans, L. K., Grisso, J. A., & Maslin, G. (1998). The relationship between physical restraint removal and falls and injuries among nursing home residents. *Journal of Gerontology, 53A*, M47–M52.

Carr, D. B. (2000). The older adult driver. *American Family Physician, 50*(1), 141–150.

Centers for Disease Control and Prevention. (2004). *Web-based Injury Statistics Query and Reporting System (WISQARS)* [database online]. National Center for Injury Prevention and Control, Centers for Disease Control and Prevention (producer). Retrieved August 1, 2007 from http://www.cdc.gov/ncipc/wisqars

Centers for Disease Control and Prevention. (2007). *Falls in nursing homes*. National Center for Injury

Prevention and Control, Centers for Disease Control and Prevention. Retrieved October 7, 2012 from http://www.cdc.gov/ncipc/factsheets/nursing.htm

Cheung, S. S. (2007). Neuropsychological determinants of exercise tolerance in the heat. *Progressive Brain Research, 165*, 45–60.

Insurance Institute for Highway Safety. (2006). *Fatality facts, older people*. Arlington, VA: Insurance Institute for Highway Safety. Retrieved October 7, 2012 from http://www.iihs.org/research/fatality.aspx?topicName=Olderpeople

National Highway Traffic Safety Administration, Department of Transportation. (2006). *Traffic safety facts 2005: Older population*. Washington, DC: National Highway Traffic Safety Administration, Department of Transportation. Retrieved August 1, 2007 from http://www-nrd.nhtsa.dot.gov/Pubs/TSF2005.PDF

Shallenbarger, S. (2012). Safer over 70: drivers keep the keys. *Wall Street Journal, February 29, 2012*, D3.

Squillace, M. R., Remsburg, R. E., Bercovitz, A., Rosenoff, E., & Branden, L. (2007). An introduction to the National Nursing Assistant Survey. Washington, DC: National Center for Health Statistics. *Vital Health Statistics, 1*(44), 1–54.

Sterling, D. A., O'Connor, J. A., & Bonadies, J. (2001). Geriatric falls: Injury severity is high and disproportionate to mechanism. *Journal of Trauma-Injury, Infection and Critical Care, 50*(1), 116–119.

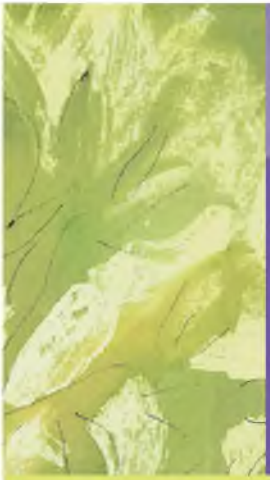
Strumpf, N., Evans, L., & Bourbonniere, M. (2001). Restraints. In M. Mezey (Ed.), *The encyclopedia of elder care* (pp. 567–569). New York, NY: Springer.

U.S. Census Bureau, Statistical Abstract of the U.S. (2012). *Death and death rates by leading causes of death and age*. Retrieved from http://www.census.gov/compendia/statab/2012/tables/12s0122.pdf

U.S. Department of Commerce. (2010). *Statistical abstract of the United States*. Washington, DC: Bureau of the Census. Retrieved from www.census.gov/compendia/statab

LECTURAS RECOMENDADAS

Las lecturas recomendadas relacionadas con este capítulo pueden encontrarse en el sitio web que acompaña al libro. Visítese **http://thepoint.lww.com/espanol-Eliopoulos8e** para acceder a las lecturas recomendadas y otros recursos adicionales vinculados con este capítulo.



CAPÍTULO 18

Uso seguro de medicamentos

RESUMEN DEL CAPÍTULO

Efectos del envejecimiento en el uso de medicamentos

- Polifarmacia e interacciones.
- Farmacocinética alterada.
- Farmacodinámica alterada.
- Aumento del riesgo de reacciones adversas.

Fomentar el uso seguro de medicamentos

- Evitar medicamentos potencialmente inapropiados: criterios de Beers.
- Revisar la necesidad y eficacia de los medicamentos recetados.
- Promover la administración segura y eficaz.
- Educar a los pacientes.
- Vigilar los resultados de laboratorio.

Alternativas a los medicamentos

Análisis de medicamentos seleccionados

- Analgésicos.
- Antiácidos.
- Antibióticos.
- Anticoagulantes.

Anticonvulsivos.
Antidiabéticos (hipoglucemiantes).
Antihipertensivos.
Antiinflamatorios no esteroideos.
Hipocolesterolemiantes.
Neuroestimulantes.
Digoxina.
Diuréticos.
Laxantes.
Psicofármacos.

OBJETIVOS DE APRENDIZAJE

Después de estudiar este capítulo, el lector será capaz de:

1. Describir los aspectos particulares de la farmacocinética y la farmacodinámica en adultos mayores.
2. Enumerar medidas para fomentar el uso seguro de medicamentos.
3. Describir las alternativas a los medicamentos.
4. Identificar el uso correcto y los riesgos relacionados con los grupos comunes de medicamentos que se administran a personas mayores.

CONCEPTOS BÁSICOS

Criterios de Beers: inicialmente desarrollados por un equipo encabezado por el Dr. Mark H. Beers, enumeran los medicamentos que representan un alto riesgo para los mayores y los criterios para aquéllos potencialmente inapropiados para este grupo.
Farmacocinética: se refiere a la absorción, distribución, metabolismo y excreción de medicamentos.
Farmacodinámica: se refiere a los efectos biológicos y terapéuticos de los medicamentos en el lugar de acción o sobre el órgano afectado.
Polifarmacia: uso de múltiples medicamentos.
Semivida biológica: tiempo necesario para excretar del cuerpo la mitad del medicamento.

Cuando se presta cuidado a las personas mayores, es importante que la enfermera entienda las consideraciones para el uso de medicamentos en esta población. Los medicamentos actúan de forma diferente en los adultos mayores que en los más jóvenes y es necesario tener cuidado con los ajustes de las dosis y vigilarlas. Las personas mayores también tienen mayor probabilidad de tomar más de un medicamento de manera regular que otras poblaciones, lo que aumenta el riesgo

de interacciones y reacciones adversas. Para minimizar los riesgos relacionados con el tratamiento farmacológico y asegurar que los medicamentos no generan más problemas de los que resuelven, para la enfermera gerontológica son esenciales la estrecha supervisión y el apego a los principios sólidos del uso seguro de medicamentos.

EFECTOS DEL ENVEJECIMIENTO EN EL USO DE MEDICAMENTOS

La administración de medicamentos a los mayores presenta retos especiales debido a la cantidad de fármacos que suelen recibir, los cambios relacionados con la edad que afectan la farmacocinética y la farmacodinámica, y el mayor riesgo de reacciones adversas (fig. 18-1).

FIGURA 18-1. ■ La alta prevalencia de medicamentos que la gente mayor consume y la complejidad de la farmacodinámica en la edad avanzada hacen necesario que las enfermeras gerontológicas evalúen de manera regular la constante necesidad y lo apropiado de las dosis, así como los efectos pretendidos y adversos de cada medicamento que se administre a los individuos mayores.

Polifarmacia e interacciones

La alta prevalencia de enfermedades en la población de edad avanzada hace que este grupo tome una gran cantidad y variedad de medicamentos. El uso de fármacos por parte de los mayores aumenta de manera constante cada año; la mayoría de la gente de edad avanzada toma al menos uno de forma regular y la situación más común involucra el uso de varios medicamentos todos los días (Skufca, 2007). Los investigadores han encontrado que la cantidad de fármacos que toman las personas mayores aumenta con la edad (Gorard, 2006; Kaufman, Kelly, Rosenberg, Anderson y Mitchell, 2002; Page y Ruscin, 2007). Los más usados por la población de personas mayores incluyen:

- Cardiovasculares.
- Antihipertensivos.
- Analgésicos.
- Antiartríticos.
- Sedantes.
- Tranquilizantes.
- Laxantes.
- Antiácidos.

Los medicamentos de esta lista pueden ocasionar efectos adversos (p. ej., confusión, mareo, caídas y desequilibrio hidroelectrolítico) que amenazan la calidad de vida de las personas mayores. Además, cuando se toman de manera simultánea, algunos de ellos pueden interactuar y producir efectos adversos graves (tabla 18-1).

Tomar más de un medicamento también incrementa el riesgo de interacciones medicamento-alimento (tabla 18-2). Con el creciente uso de remedios de plantas, también pueden ocurrir interacciones entre éstas y los medicamentos, así como efectos adversos de las plan-tas mismas (tabla 18-3). Cuando se brinda atención a los mayores, en particular a aquellos que toman más de un fármaco, es importante que las enfermeras supervisen los signos de posibles interacciones.

PARA REFLEXIONAR

¿Con qué frecuencia confía en los medicamentos para controlar el apetito, promover el sueño, estimular la defecación o controlar un dolor de cabeza o algún otro síntoma? ¿Por qué elige utilizar un fármaco en lugar de tratar la causa subyacente o recurrir a medios naturales para corregir el problema? ¿Cómo puede usted cambiar esto?

Farmacocinética alterada

Farmacocinética se refiere a la absorción, distribución, metabolismo y excreción de

los medicamentos.

TABLA 18-1 Interacciones entre grupos de medicamentos populares

	Ansiolíticos	Antiácidos	Anticoagulantes (orales)	Antidepresivos	Antidepresivos tricíclicos	Antidiabéticos	Antihipertensivos	Antiinflamatorios	Antipsicóticos	Diuréticos tiacídicos	Laxantes	Preparaciones de digital	Salicilatos	Sedantes
Ansiolíticos			↓					↓	↓					
Antiácidos			↓			↑								
Anticoagulantes (orales)				↑										
Antidepresivos														
Antidepresivos tricíclicos		↑	↑			↓						↑		
Antidiabéticos				↑								↑	↑	
Antihipertensivos			↑	↑										
Antiinflamatorios												↑		
Antipsicóticos														
Diuréticos tiacídicos									↓					
Laxantes			↑											
Preparaciones de digital				↓	↑						↓			
Sedantes		↑	↑			↓						↑		

Las *flechas* indican el efecto de los medicamentos de la columna de la izquierda sobre los listados arriba.

TABLA 18-2 Ejemplos de interacciones entre alimentos y medicamentos

Medicamento	Alimentos
Alopurinol	Disminuye la absorción de hierro, lo que causa anemia por falta de hierro
	Combinados con alcohol o carbohidratos simples pueden aumentar el nivel de ácido úrico en la sangre
Antiácidos con aluminio	Disminuyen el fosfato y el calcio
	Disminuyen la absorción de vitaminas A, C y D, y magnesio, tiamina, ácido fólico y hierro
Antiácidos de carbonato de calcio	Ocasionan deficiencias de fosfato, ácido fólico, hierro y tiamina
Antiácidos de magnesio	Pueden disminuir el fosfato y el calcio
Antihistamínicos	La ingesta de grandes cantidades de alimentos alcalinos (p. ej., leche, crema, almendras, alcohol) puede prolongar su acción
Aspirina	Puede ocasionar anemia por deficiencia de hierro como resultado de hemorragia digestiva
	Causa deficiencia de vitamina C (+12 aspirinas diarias)
	Provoca deficiencia de tiamina
Cimetidina	Reduce la absorción de hierro
Clorhidrato de clonidina	Los alimentos ricos en tiramina (p. ej., hígado de pollo y de vaca, plátanos, crema agria, suavizantes de carne, salami, levadura y chocolate) reducen su eficacia
	Puede provocar retención de sodio y de líquidos
Clorhidrato de clorpromazina	Grandes cantidades de alimentos alcalinos pueden retardar la excreción
	Puede aumentar el colesterol en la sangre
Colquicina	La cafeína disminuye su eficacia
	Algunas infusiones de plantas contienen fenilbutazona, que puede aumentar el ácido úrico en la sangre y disminuir la eficacia de los medicamentos antigotosos

Complementos de calcio	Combinados con grandes dosis de vitamina D pueden provocar hipercalcemia
	Los alimentos ricos en oxalato (p. ej., espinacas, ruibarbo, apio, cacahuates), ácido fítico (p. ej., avena y otros cereales en grano), fósforo (chocolate, frijoles secos, fruta seca y mantequilla de maní) disminuyen su absorción
Complementos de hierro	Su absorción disminuye con antiácidos y aumenta con vitamina C
Complementos de potasio	Los productos lácteos disminuyen su absorción
	Afecta la absorción de vitamina B_{12}
Dicumarol	Los alimentos ricos en vitamina K (p. ej., repollo, brócoli, espárragos, espinacas, hojas de nabo) reducen su eficacia
Digital	Puede ocasionar deficiencias de tiamina, magnesio y zinc
	Los complementos de calcio aumentan el riesgo de toxicidad
Espironolactona	Aumenta la excreción de calcio
	Disminuye la excreción de potasio, lo que provoca toxicidad por potasio
Estrógeno	Acelera la degradación de vitamina C
Fenilbutazona	Inhibe la absorción de yodo
Fenitoína	Aumenta la degradación de vitaminas D y K
	Reduce la absorción de ácido fólico
Fenobarbital	Aumenta la degradación de vitaminas A, D y K
	Afecta la absorción de vitaminas B_6 y B_{12}, y ácido fólico
Furosemida	Aumenta la excreción de calcio, magnesio, potasio y zinc
Hidralazina	Puede causar deficiencias de vitamina B_6
Laxantes de magnesio	30 ml contienen casi cuatro veces la ingesta promedio de magnesio; pueden causar toxicidad
Levodopa	Las dietas altas en proteína reducen su eficacia
	Pueden provocar deficiencias de potasio, ácido fólico y vitaminas B_6 y B_{12}
Paracetamol	Acumulación a concentraciones tóxicas si se ingieren complementos de vitamina C de más de 500 mg diario
Parafina líquida	Disminuye la absorción de vitaminas A, D y K
Probenecida	El café, el té y la cola disminuyen su eficacia
Teofilina	Las dietas altas en carbohidratos disminuyen su eficacia
Tiacidas	Aumentan la excreción de calcio, potasio, magnesio y zinc
	Pueden aumentar los niveles de glucosa en la sangre
Tioridazina	Las dietas alcalinas retrasan su excreción
Warfarina	Las altas cantidades de vitamina K en la dieta reducen su eficacia

TABLA 18-3 Efectos adversos potenciales e interacciones farmacológicas de plantas medicinales seleccionadas

Planta medicinal	Efectos adversos potenciales e interacciones medicamentosas
Ajo	Efecto anticoagulante, hipotensión, aumenta los efectos de los medicamentos antidiabéticos
Aloe	Dermatitis alérgica; aumenta los efectos de los glucósidos cardíacos; incrementa la pérdida de potasio cuando se toma con corticoesteroides y diuréticos tiacídicos
Angélica	Exantema cuando la persona se expone a los rayos del sol; puede interactuar con los bloqueadores de los canales del calcio
Apio	Hipopotasemia con el uso prolongado
Arrayán brabántico	Edema, aumento de la presión arterial; contraindicado en personas con antecedente de cáncer
Bálsamo	Interfiere con la hormona estimuladora de la tiroides

Bérbero	Reducciones drásticas de la presión arterial, el ritmo cardíaco y la respiración con dosis altas
Cáscara sagrada	Cólicos intestinales intensos
Cimicífuga racemosa	Depresión de la actividad cardíaca que produce bradicardia e hipotensión; sus propiedades estrogenoides pueden causar coagulación anormal y disfunción hepática; puede interactuar con los estrógenos
Consuelda	Toxicidad hepática
Chaparral	Daño hepático
Diente de león	Hipopotasemia con el uso prolongado
Efedra (ma huang)	Elevación de la presión arterial y el ritmo cardíaco, insomnio, mareos, ansiedad; puede interactuar con la efedrina
Ginkgo biloba	Efecto anticoagulante, irritabilidad, inquietud, insomnio, náuseas, vómito, diarrea; aumenta los efectos de los anticoagulantes
Ginseng	Aumento de la presión arterial, insomnio
Hidrastis	Vasoconstricción
Hierba de san Juan	Inhibidor de la monoaminooxidasa; hipertensión, fotosensibilidad, náuseas, vómito
Lúpulo	Somnolencia, aumento de los efectos de sedantes y tranquilizantes
Majuelo	Reducciones drásticas de la presión arterial
Matricaria	Interfiere con la coagulación; cuando se toma por vía oral puede ocasionar úlceras bucales, pérdida del gusto, hinchazón bucal; aumenta los efectos anticoagulantes de la aspirina y la warfarina sódica
Muérdago	Bradicardia; potencialmente fatal
Perejil	Hipopotasemia con el uso prolongado
Regaliz	Edema, hipertensión, hipopotasemia e hipernatremia con el uso prolongado
Ruibarbo	Cólicos abdominales intensos, diarrea
Sanguinaria	Bradicardia, arritmia, disminución de la visión, sed
Sena	Puede aumentar los efectos de la digoxina
Trébol rojo	Efectos estrogenoides; contraindicado en personas con cáncer dependiente de estrógeno
Uña de caballo	Toxicidad hepática, fiebre

Absorción

En general, la gente mayor tiene menos problemas en el área de la absorción de medicamentos que en las de distribución, metabolismo y excreción. Sin embargo, una variedad de factores pueden alterar la absorción de medicamentos, como:

- *Vía de administración.* Los medicamentos que se administran por vía intramuscular, subcutánea, oral o rectal no se absorben de forma tan eficaz como los inhalados, los aplicados por vía tópica o los instilados por vía intravenosa.
- *Concentración y solubilidad del fármaco.* Los medicamentos que son muy solubles (p. ej., disoluciones acuosas) y en concentraciones más altas se absorben más rápido que los menos solubles y menos concentrados.
- *Enfermedades y síntomas.* Aunque alguna vez se consideraron consecuencias del envejecimiento porque a menudo están presentes, la reducción del líquido intracelular, el aumento del pH gástrico, la disminución del flujo sanguíneo gástrico y la movilidad, la reducción del gasto cardíaco y la circulación, y el metabolismo más lento pueden reducir la absorción de los medicamentos y son más el resultado de enfermedades subyacentes que cambios normales del envejecimiento. Las enfermedades como la diabetes mellitus y la hipopotasemia pueden incrementar la absorción de medicamentos, mientras que el dolor y el edema de la mucosa hacen más lenta la absorción.

Aunque es poco lo que pueden hacer las enfermeras para mejorar muchos de los factores subyacentes que alteran la absorción de medicamentos, sí pueden tomar medidas para maximizarla. El ejercicio estimula la circulación y ayuda a la absorción. El calor y el masaje utilizados correctamente también aumentan el flujo sanguíneo en el punto de absorción. Deben evitarse las preparaciones que neutralizan las

secreciones gástricas si se necesita un pH gástrico bajo para la absorción de medicamentos. La enfermera debe supervisar las interacciones antes discutidas que pueden afectar la absorción de fármacos. También debe considerarse el uso de la vía de administración más eficaz.

Distribución

Aunque es difícil predecir con certeza cómo será la distribución de medicamentos entre los mayores, los cambios en la circulación, la permeabilidad de membrana, la temperatura corporal y la estructura de los tejidos pueden modificar este proceso. Por ejemplo, el tejido adiposo aumenta en comparación con la masa corporal magra en personas mayores, sobre todo en las mujeres; por lo tanto, los medicamentos que se almacenan en el tejido adiposo (esto es, los liposolubles) tendrán mayor concentración en tejido, menor concentración plasmática y permanecerán más tiempo en el cuerpo. El gasto cardíaco disminuido puede aumentar los niveles de concentración plasmática de los medicamentos, en tanto reduce su almacenamiento; esto es muy evidente con los medicamentos hidrosolubles. Los niveles reducidos de albúmina sérica pueden ser problemáticos si se consumen muchos medicamentos que se unen a las proteínas y compiten por las mismas moléculas proteicas; las concentraciones de medicamento no incorporado aumentan y ello amenaza su eficacia. Los fármacos con una elevada unión a las proteínas que pueden competir en los mismos puntos de unión de las proteínas y se desplazan entre sí incluyen acetazolamida, amitriptilina, cefazolina, clorodiazepóxido, clorpromazina, cloxacilina, digitoxina, furosemida, hidralazina, nortriptilina, fenilbutazona, fenitoína, propranolol, rifampicina, salicilatos, espironolactona, sulfisoxazol y warfarina. Cuando se analicen las concentraciones en la sangre de los medicamentos también es importante evaluar el nivel de albúmina sérica. Por ejemplo, aumentar la dosis de fenitoína porque la concentración sanguínea es baja puede causar reacciones adversas si el nivel de albúmina sérica también es bajo.

CONCEPTO CLAVE

Cuando se toman varios fármacos de manera simultánea, los que se unen a las proteínas pueden no alcanzar los resultados deseados debido a la unión ineficaz a moléculas proteínicas reducidas.

Problemas como la deshidratación y la hipoalbuminemia disminuyen la distribución de los medicamentos y tienen como resultado mayores concentraciones plasmáticas de los mismos. Cuando estos padecimientos están presentes, podrían ser necesarias dosis más bajas.

Metabolismo, desintoxicación y excreción

Alteraciones como la deshidratación, la hipertermia, la inmovilidad y la hepatopatía pueden disminuir el meta-bolismo de los medicamentos. Como consecuencia, es posible que los fármacos se acumulen hasta concentraciones tóxicas y que provoquen reacciones adversas graves. Es esencial la vigilancia minuciosa. En esta perspectiva, la semivida biológica extendida de muchos medicamentos que consumen los mayores

justifica la evaluación cuidadosa de su eliminación. La depuración de creatinina debe calcularse con base en edad, peso y nivel sérico de creatinina del individuo porque los niveles séricos de creatinina por sí mismos podrían no reflejar un nivel bajo de depuración de creatinina.

En la edad avanzada puede haber una secreción reducida de algunas enzimas, lo que interfiere con el metabolismo de los medicamentos que necesitan de la actividad enzimática. Más importante aún es el hecho de que la desintoxicación y conjugación de los medicamentos podría estar reducida considerablemente, de modo que el medicamento permanece en el torrente sanguíneo por más tiempo. Algunas evidencias indican concentraciones más altas de medicamento en los puntos de administración en las personas mayores.

El sistema renal es el principal responsable de las funciones excretoras del cuerpo y entre sus actividades se encuentra la excreción de fármacos. Los medicamentos siguen una ruta a través de los riñones similar a la de la mayoría de los elementos de la orina. Después de la circulación sistémica, el medicamento se filtra a través de las paredes de los capilares glomerulares hacia la cápsula de Bowman. Continúa por el túbulo, donde las sustancias beneficiosas para el cuerpo se reabsorberán al torrente sanguíneo a través de los túbulos contorneados proximales y donde las sustancias de desecho se excretan a través del flujo urinario hacia la pelvis renal. Los capilares que rodean los túbulos reabsorben la sangre filtrada y se unen para formar la vena renal. Se estima que para promover este proceso de filtración circula casi 10 veces más sangre a través de los riñones que a través de otros órganos del cuerpo de tamaño similar. La reducida eficiencia de los órganos corporales en la edad avanzada también afecta los riñones, lo que complica la excreción de fármacos. El número de unidades de nefronas disminuye y es posible que muchas de las restantes no sean funcionales en los individuos mayores. La tasa de filtración glomerular y la reabsorción tubular se reducen. La disminución de la función cardíaca contribuye a la reducción de casi 50% del flujo sanguíneo en los riñones. Las implicaciones de la reducción de la eficacia renal son importantes. Los medicamentos no se filtran tan rápido del torrente sanguíneo y permanecen en el cuerpo durante más tiempo. La semivida biológica, o tiempo necesario para excretar la mitad del medicamento, puede aumentar hasta 40% y elevar el riesgo de reacciones farmacológicas adversas. Los medicamentos que tienen una mayor probabilidad de acumularse debido a su semivida biológica prolongada incluyen antibióticos, barbitúricos, cimetidina, digoxina y salicilatos.

CONCEPTO CLAVE

La semivida biológica prolongada de los medicamentos aumenta el riesgo de reacciones adversas en las personas mayores.

El hígado también tiene muchas funciones importantes que influyen la desintoxicación y excreción de medicamentos. El metabolismo de los carbohidratos en el hígado transforma la glucosa en glucógeno y lo libera al torrente sanguíneo cuando es necesario. El metabolismo de las proteínas en los hepatocitos es responsable de la pérdida de los grupos de aminas de los aminoácidos, que ayudan a

la formación de nuevas proteínas del plasma sanguíneo, como la protrombina y el fibrinógeno, así como a la conversión de algunos subproductos tóxicos del nitrógeno en sustancias no tóxicas, como la vitamina B_{12}. También es importante la formación de bilis por el hígado, que descompone las grasas mediante la acción enzimática y elimina sustancias como la bilirrubina de la sangre. El hígado disminuye en tamaño y actividad con la edad, y el flujo sanguíneo hepático declina 45% entre los 25 y 65 años de edad. Esto podría afectar el metabolismo de algunos medicamentos, como anti bióticos, cimetidina, clorodiazepóxido, digoxina, litio, meperidina, nortriptilina y quinidina.

Farmacodinámica alterada

Farmacodinámica hace referencia a los efectos biológicos y terapéuticos de los medicamentos en el lugar de acción o el órgano afectado. La información de la farmacodinámica de la población mayor es limitada, pero está en aumento debido a la mayor cantidad de investigación que se realiza en esta área. En este punto, algunas de las diferencias conocidas en la respuesta a los medicamentos de los mayores incluyen la sensibilidad miocárdica a la anestesia y el incremento de la sensibilidad de los receptores del sistema nervioso central (SNC) a narcóticos, alcohol y bromuros.

Aumento del riesgo de reacciones adversas

El riesgo de reacciones adversas a los medicamentos es tan alto en las personas mayores que muchos gerontofarmacólogos sugieren que debe sospecharse que cualquier síntoma en un individuo de esta población está relacionado con algún medicamento hasta que se demuestre lo contrario (Patel, 2003). Los siguientes son algunos factores generales a recordar en caso de reacciones adversas:

- Los signos y síntomas de una reacción adversa a un medicamento determinado pueden ser diferentes en los mayores.
- Podría ser necesario un mayor lapso de tiempo para que una reacción adversa sea evidente en las personas mayores.
- Puede manifestarse una reacción adversa a un medicamento incluso después de suspender su uso.
- Las reacciones adversas pueden desarrollarse de manera repentina, aun con un medicamento que se ha tomado sin problemas durante un período largo de tiempo.

CONCEPTO CLAVE

El riesgo de reacciones adversas es más grande en las personas mayores debido a las diferencias en la farmacocinética y la farmacodinámica relacionadas con la edad.

Distintos grados de disfunción mental con frecuencia son síntomas tempranos de reacciones adversas a los medicamentos que suelen prescribirse a los adultos mayores, como codeína, digital, metildopa, fenobarbital, levodopa, diazepam (Valium) y varios diuréticos. Cualquier medicamento que promueva hipoglucemia,

acidosis, desequilibrios hídricos y electrolíticos, aumento de la temperatura, elevación de la presión intracraneal y reducción de circulación cerebral también puede producir alteración mental. Hasta los cambios más sutiles en el estado mental podrían vincularse con algún medicamento y el médico debe revisarlos. Es fácil que las personas mayores sufran disfunción cognitiva inducida por medicamentos. Desafortunadamente, la disfunción mental y conductual en los mayores a veces se trata de forma sintomática (esto es, con medicamentos pero sin hacer una exploración etiológica profunda). Este enfoque no corrige un problema relacionado con fármacos y puede predisponer al individuo a complicaciones adicionales por el nuevo medicamento.

CONCEPTO CLAVE

Las enfermeras deben asegurarse de que los problemas cognitivos y conductuales inducidos por fármacos no se traten con más medicamentos.

FOMENTAR EL USO SEGURO DE MEDICAMENTOS

Evitar medicamentos potencialmente inapropiados: criterios de Beers

En 1991, el Dr. Mark H. Beers y cols., publicaron un estudio que identificó los medicamentos de alto riesgo para los mayores (Beers, Ouslander, Rollingher, Reuben y Beck, 1991). Este trabajo se desarrolló aún más para elaborar los criterios de uso de medicamentos potencialmente inapropiados en adultos mayores (Beers, 1997; Fick y cols., 2003; The American Geriatrics Society 2012 Beers Criteria Update Expert Panel, 2012). Tales criterios incluyeron medicamentos cuya administración es inapropiada en general (recuadro 18-1) y fármacos de uso inapropiado en presencia de enfermedades específicas (tabla 18-4). Algunos de los principales medicamentos de interés comprenden anticolinérgicos, antidepresivos tricíclicos, antipsicóticos, barbitúricos (excepto cuando se emplean como antiepilépticos) y benzodiazepinas. Estos criterios se han aceptado ampliamente en círculos de salud geriátrica como medio para reducir tanto los efectos adversos de los medicamentos como los costes de los mismos. De hecho, en 1999 los Centers for Medicare and Medicaid Services los adoptaron para utilizarlos en estudios de campo en residencias de adultos mayores y después la Joint Comission también los adoptó como un potencial suceso centinela en hospitales.

Revisar la necesidad y eficacia de los medicamentos recetados

El alcance del uso de medicamentos y de las reacciones adversas importantes que pueden surgir como resultado hacen necesario que las enfermeras gerontológicas se aseguren de que los medicamentos se empleen de modo selectivo y con precaución. Las enfermeras deben super-visar todos los medicamentos que reciban los pacientes, ya sean de venta libre o con receta, y hacerse las siguientes preguntas:

- *¿Por qué se recetó el medicamento?* Considere si es necesario. Tal vez un poco de leche caliente y un masaje de espalda eliminen la necesidad de un sedante; quizás el paciente defecó en la mañana y ya no necesita el laxante. Es posible que el medicamento se utilice porque hace mucho tiempo que lo prescribieron y nadie ha considerado descontinuarlo.

RECUADRO 18-1 Medicamentos inadecuados para adultos mayores

Se identificó que los siguientes medicamentos tienen un alto riesgo de producir reacciones adversas en personas mayores:

Antihistamínicos de primera generación (como fármaco aislado o como parte de productos combinados): bromofeniramina, carbinoxamina, clorfeniramina, clemastina, ciprohepatidina, dexbromfeniramina, dexclorfeniramina, difenhidramina (oral), doxilamina, hidroxicina, prometazina, triprolidina.

Medicamentos antiparkinsonianos: benztropina (oral), trihexifenidilo.

Antiespasmódicos: alcaloides de belladona, clordiazepóxido y bromuro de clidinio, diciclomina, hiosiamina, propantelina, escopolamina.

Antitrombóticos: dipiridamol (oral de acción rápida), ticlopidina.

Antiinfecciosos: nitrofurantoína.

Cardiovasculares: disopiramida; dronedarona, digoxina (>0,125 mg/día), nifedipina (liberación inmediata), espironolactona (>25 mg/día).

Bloqueadores α: doxazosina, prazosina, terazosina. Bloqueadores centrales: clonidina, guanabenzo, guanfacina, metildopa, reserpina (>0,1 mg/día).

Fármacos antiarrítmicos (clases Ia, Ic, III): amiodarona, dofetilida, dronedarona, flecainida, ibutilida, procainamida, propafenona, quinidina, sotalol.

Sistema nervioso central:

Antidepresivos tricíclicos terciarios, solos o combinados: amitriptilina, clordiazepóxido-amitriptilina, clomipramina, doxepina (>6 mg/día), imipramina, perfenazina-amitriptilina, trimipramina.

Antipsicóticos de primera (convencionales) y segunda (atípicos) generaciones: mesoridazina, tioridazina. Barbitúricos: amobarbital, butabarbital, butalbital, mefobarbital, pentobarbital, fenobarbital, secobarbital.

Benzodiazepinas: *de acción corta e intermedia:* alprazolam, estazolam, lorasepam, oxazepam, temazepam, triazolam; *acción prolongada:* clorazepato, clordiazepóxido, clordiazepóxido-amitriptilina, clidinio-clordiazepóxido, clonazepam, diazepam, flurazepam, cuacepam.

Hidrato de cloral.

Meprobamato.

Hipnóticos no benzodiazepínicos: eszopiclona, zolpidem, zaleplón.

Mesilatos ergotoides: isoxsuprina.

Endocrinos: andrógenos: metiltestosterona, testosterona; disecato de tiroides; estrógenos con o sin progestinas; hormona del crecimiento; insulina, escala móvil; megestrol; sulfonilureas (duración prolongada): clorpropamida, gliburida.

Gastrointestinales: metoclopramida; parafina líquida oral; trimetobenzamida.

Analgésicos:

Meperidina.

Antiinflamatorios no esteroideos no selectivos de la ciclooxigenasa orales: aspirina (>325 mg/día), diclofenaco, diflunisal, etodolaco, fenoprofeno, ibuprofeno, ketoprofeno, meclofenamato, ácido mefenámico, meloxicam, nabumetona, naproxeno, oxaprozina, piroxicam, sulindaco, tolmetina.

Indometacina, ketorolaco, incluye parenteral.

Pentazocina.

Relajantes del músculo esquelético: carisoprodol, clorzoxazona, ciclobenzaprina, metaxalona, metocarbamol, orfenadrina.

Adaptado de The American Geriatrics Society 2012 Beers Criteria Update Expert Panel. (2012). The American Geriatrics Society Updated Beers Criteria for potentially inappropriate medication use in older adults, Tabla 2. 2012 American Geriatrics Society Beers Criteria for potentially inappropriate medication use in older adults. *Journal of the American Geriatrics Society, 60*(40), 616-631.

- *¿Se recetó la menor dosis posible?* Los mayores suelen necesitar dosis más bajas de la mayoría de los fármacos debido al retardo en la excreción de la sustancia. Las dosis mayores aumentan el riesgo de reacciones adversas.
- *¿El paciente es alérgico al medicamento?* Algunas veces los médicos pueden pasar por alto una alergia conocida o tal vez el paciente, por descuido, no compartió un problema de alergia con el médico. La enfermera ha de conocer las sensibilidades de un paciente a ciertos medicamentos.

También deben considerarse los nuevos signos que podrían indicar alguna reacción a un medicamento que se ha tomado durante mucho tiempo sin problemas.

- *¿Puede este fármaco interactuar con otros medicamentos, plantas medicinales o complementos alimenticios en uso?* Es útil revisar el material de apoyo para identificar las potenciales interacciones: ¡son demasiadas para que alguien se las aprenda de memoria!
- *¿Hay instrucciones especiales que acompañen la administración del medicamento?* Algunos fármacos deben administrarse con el estómago vacío, otros con alimentos. Ciertos momentos del día son mejores que otros para la administración.

TABLA 18-4 Medicamentos inapropiados para administrarse a personas mayores en presencia de diagnósticos o enfermedades específicas

Existe un alto potencial de reacciones adversas en pacientes con:	Cuando el paciente está tomando:
Anorexia, desnutrición	Estimulantes del sistema nervioso central (SNC)
Arritmias	Antidepresivos tricíclicos
Convulsiones	Clozapina, clorpromazina, tioridazina, tiotixeno
Depresión	Benzodiazepinas (uso prolongado), simpaticolíticos
Disfunción cognitiva	Barbitúricos, anticolinérgicos, antiespasmódicos, relajantes musculares, estimulantes del SNC
Enfermedad de Parkinson	Metoclopramida, antipsicóticos convencionales, tacrina
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	Benzodiazepinas de acción prolongada, β-bloqueadores
Hipertensión	Clorhidrato de fenilpropanolamina
Incontinencia urinaria de esfuerzo	β-bloqueadores, anticolinérgicos, antidepresivos tricíclicos, benzodiazepinas de acción prolongada
Insomnio	Descongestivos, teofilina, metilfenidato, inhibidores de la monoaminooxidasa, anfetaminas
Insuficiencia cardiaca	Disopiramida y medicamentos con alto contenido de sodio
Obstrucciones en el flujo vesical	Anticolinérgicos y antihistamínicos, antiespasmódicos gastrointestinales, relajantes musculares, oxibutinina, flavoxato, anticolinérgicos, antidepresivos, descongestivos y tolterodina
Síncope, caídas	Benzodiazepinas de acción corta a intermedia, antidepresivos tricíclicos
Trastornos convulsivos	Bupropión
Trastornos de la coagulación sanguínea o si está tomando anticoagulantes	Aspirina, medicamentos antiinflamatorios no esteroideos (AINE), dipiridamol, ticlopidina, clopidogrel
Úlceras gástricas o duodenales	AINE y aspirina

Fuente: The American Geriatrics Society 2012 Beers Criteria Update Expert Panel. (2012). The American Geriatrics Society Updated Beers Criteria for potentially inappropriate medication use in older adults, Tabla 3. 2012 American Geriatrics Society Beers Criteria for potentially inappropriate medication use in older adults due to drug-disease or drug-syndrome interactions that may exacerbate the disease or syndrome. *Journal of the American Geriatrics Society*, 60(4), 616-631.

- *¿Se está empleando la mejor vía de administración?* A una persona que no puede tragar una tableta grande podría irle mejor con líquidos. Los supositorios que se expulsan debido al derretimiento ineficaz o los medicamentos orales que se vomitan, obviamente no tendrán el efecto terapéutico de un medicamento que se administre por otra vía.

Las enfermeras deben procesar una lista mental de todos estos temas cuando administren medicamentos y enseñar a hacer lo mismo a los mayores que sean responsables de administrarse sus propios medicamentos, así como a quienes les prestan cuidado.

CONCEPTO CLAVE

La revisión regular de la necesidad y eficacia de un medicamento es esencial.

Promover la administración segura y eficaz

La forma más común de administrar medicamentos es la vía oral. Los medicamentos orales en forma de tabletas, cápsulas, líquidos, polvos, elíxires, bebidas espirituosas, licores, emulsiones, mezclas y magmas se usan ya sea por su acción directa en la membrana mucosa del tracto digestivo (p. ej., antiácidos) o por sus efectos sistémicos (p. ej., antibióticos y tranquilizantes). Aunque la administración oral es simple,

algunos problemas pueden interferir en el proceso. La sequedad de la mucosa bucal, común en los individuos mayores, puede evitar que se traguen las cápsulas y tabletas. Si después se expulsan de la boca, no tienen valor terapéutico; si se disuelven en la boca, pueden irritar la mucosa. La higiene oral correcta, la abundancia de líquidos, la movilidad para ayudar a tragar, la adopción de una postura adecuada y el examen de la cavidad bucal después de la administración asegurarán que el paciente reciba todos los beneficios del fármaco durante su recorrido por el aparato digestivo. Es posible que algunas personas mayores no se den cuenta de que tienen una tableta pegada en la dentadura o debajo de la lengua.

CONCEPTO CLAVE

Para asegurarse de que los medicamentos orales logran todos sus beneficios, estimular la buena higiene bucal, líquidos abundantes y una postura adecuada para facilitar la deglución.

Ya que las tabletas con cubierta entérica y las de liberación prolongada no deben machacarse, la enfermera ha de pedir al médico una forma alternativa del fármaco si la tableta es demasiado grande para deglutirla. Como regla, las cápsulas no deben abrirse ni mezclarse. Los medicamentos se ponen en cápsulas para ocultar los sabores desagradables o para que la cubierta se disuelva al entrar en contacto con secreciones específicas del aparato digestivo. Algunas preparaciones de vitaminas, minerales y electrólitos son amargas, e incluso más para las personas mayores, cuyas papilas gustativas para el dulce se pierden mucho antes que las de los sabores ácidos y amargos. Combinar las medicinas con alimentos y bebidas como puré de manzana y jugos puede hacerlos más apetecibles y prevenir la irritación gástrica, aunque quizá sea un problema el hecho de que no se ingiera todo el alimento con el fármaco. Debe informarse a los individuos que la comida o bebida que están consumiendo contienen medicina. La higiene bucal después de la administración de medicamentos orales previene los sabores desagradables.

Los medicamentos recetados en supositorio para acción local o sistémica se insertan en distintas cavidades del cuerpo y actúan al derretirse con el calor corporal o al disolverse en los líquidos corporales. Puesto que la circulación en el colon y la vagina disminuyen, y la temperatura es menor en muchos individuos mayores, podría ser necesario un tiempo prolongado para que el supositorio se derrita. Si no puede recurrirse a una vía alternativa y el supositorio tiene que administrarse, debe hacerse un esfuerzo especial para asegurar que no se expulse.

CONCEPTO CLAVE

La menor temperatura corporal y la disminución de la circulación en el colon y la vagina pueden prolongar el tiempo necesario para que los supositorios se derritan.

La administración intramuscular y subcutánea de medicamentos es necesaria cuando se buscan resultados inmediatos o no pueden usarse otras vías ya sea por la

naturaleza del fármaco o por el estado del individuo. El cuadrante superior exterior de las nalgas es el mejor lugar para la inyección intramuscular. Con frecuencia, las personas mayores sangrarán o gotearán después de la inyección a causa de la menor elasticidad del tejido; un pequeño vendaje compresivo puede ser útil. Alternar el lugar de la inyección ayudará a reducir la incomodidad. No debe inyectarse el medicamento en una extremidad inmóvil porque la inactividad de la extremidad reduce la tasa de absorción. Si una persona recibe inyecciones frecuentes, la enfermera ha de revisar la presencia de señales de infección en el sitio de administración; la sensibilidad subcutánea disminuida en las personas mayores o la ausencia de sensibilidad, como la que se experimenta en una apoplejía, pueden evitar que la persona identifique complicaciones en el lugar de la inyección.

De vez en cuando es necesaria la administración intravenosa de medicamentos. Además de observar los efectos del medicamento, la enfermera tiene que estar alerta a la cantidad de líquido en el que se administra el fármaco. La disminución de la función cardíaca y renal hace que los mayores sean más susceptible no sólo a la deshidratación, sino también a la hiperhidratación. La enfermera debe vigilar estrechamente si aparecen signos de hipervolemia, inclusive hipertensión arterial, respiración aumentada, tos, disnea y síntomas relacionados con edema pulmonar. Es útil supervisar el balance hídrico, el peso corporal y la densidad relativa. Por supuesto, la enfermera debe vigilar a los pacientes mayores en busca de complicaciones vinculadas con los tratamientos intravenosos presentes en cualquier grupo de edad, como infiltración, aeroembolia, tromboflebitis y reacciones pirógenas. La sensibilidad reducida puede ocultar cualquiera de estas complicaciones potenciales, por lo que es importante la observación cuidadosa.

CONCEPTO CLAVE

Puesto que las personas mayores tienen riesgo de presentar hipervolemia durante el tratamiento con medicamentos intravenosos, la vigilancia meticulosa resulta esencial.

Educar a los pacientes

Debido a que una gran cantidad de adultos mayores es responsable de automedicarse, las enfermeras deben fomentar las habilidades de autocuidado en esta área. La enfermera debe evaluar el riesgo de un paciente de cometer errores en su medicación (recuadro 18-2) y planificar intervenciones que los minimicen. Algunos factores que pueden interferir con la administración segura de medicamentos son:

- *Limitaciones funcionales:* la disminución de la capacidad de una persona para llevar a cabo las actividades de la vida diaria o actividades instrumentales de la vida diaria puede representar retos a la habilidad de administrar medicinas. Estos problemas incluyen la imposibilidad de ir a la farmacia a comprar sus medicamentos, dificultades para retirar las tapas de los envases de los fármacos, dificultad al verter los medicamentos o al obtener líquidos para tomarlos y dificultad al tragar.
- *Limitaciones cognitivas:* los mayores pueden tener discapacidades que hacen que

olviden tomar sus medicamentos; que olviden que ya tomaron un medicamento y vuelvan a tomarlo; y que confundan los medicamentos, las dosis o los horarios.

RECUADRO 18-2 Factores de riesgo de errores en la medicación

- Uso de varios medicamentos.
- Deficiencia cognitiva.
- Deficiencias auditivas.
- Manos artríticas o débiles.
- Antecedente de no cumplimiento con el tratamiento.
- Falta de conocimiento con respecto a los medicamentos.
- Economía limitada.
- Analfabetismo.
- Falta de un sistema de ayuda.
- Antecedente de automedicación inapropiada.
- Presencia en casa de medicamentos caducados y prestados.

- *Limitaciones educativas:* es posible que las personas con educación limitada tengan dificultades para leer y comprender las instrucciones y etiquetas.
- *Limitaciones sensoriales:* las deficiencias auditivas pueden ocasionar que no se escuchen o comprendan bien las instrucciones. Es posible que los problemas de la vista ocasionen que las etiquetas e instrucciones no se lean bien.
- *Limitaciones económicas:* la falta de dinero puede conducir a que los mayores no compren sus medicamentos, omitan dosis, tomen fármacos caducados o las medicinas similares de otra persona.
- *Elección:* algunos individuos podrían tomar la decisión consciente de no tomar sus medicamentos porque no les gustan los efectos, por falta de motivación, porque prefieren usar su dinero para otras cosas o porque no reconocen su enfermedad.

Debe darse una descripción detallada, tanto verbal como por escrito, a los mayores y a quienes los cuidan, que describa nombre del medicamento, horario de administración, vía de administración, acción, precauciones especiales, alimentos o medicamentos incompatibles y reacciones adversas (fig. 18-2). Un calendario de dosis con códigos de color puede ayudar a las personas que tienen deficiencias visuales o que son analfabetas. Deben proporcionarse etiquetas de medicamentos con letras grandes y tapas que sean fáciles de abrir por manos débiles o artríticas. Durante cada visita de la enfermera al paciente, tiene que revisar el calendario de medicamentos y los nuevos síntomas. Gracias a la supervisión cuidadosa, puede prevenirse o corregirse una diversidad de errores potenciales en la administración de medicamentos. Algunos de los clásicos errores de la automedicación incluyen dosis incorrectas, falta de cumplimiento derivada de malentendidos, suspensión o continuación innecesaria de la administración de medicamentos sin asesoramiento médico y uso de fármacos prescritos para enfermedades anteriores. El recuadro 18-3 describe las pautas a seguir al educar a las personas mayores acerca del uso seguro de

medicamentos.

FIGURA 18-2. ■ La enfermera enseña al individuo mayor acerca del manejo de sus medicamentos para fomentar el autocuidado.

Vigilar los resultados de laboratorio

Con frecuencia se realizan análisis de sangre para deter-minar las concentraciones en la sangre de ciertos fármacos y evaluar si están logrando los resultados deseados. Esta supervisión es especialmente importante en los mayores porque sus funciones corporales pueden cambiar con el tiempo y por lo tanto alterar el metabolismo y la excreción de los medicamentos. Además, los fármacos pueden actuar diferente en las personas mayores. La falta de adhesión a los horarios de administración también se determina con pruebas de laboratorio.

Las enfermeras deben consultar con el médico y el farmacéutico acerca del tipo y la frecuencia de los análisis de sangre necesarios para medicamentos específicos. Para los mayores que viven en la comunidad, es importante asegurarse de que pueden desplazarse al lugar donde se realizarán las pruebas de laboratorio; la movilidad limitada, la falta de alguien que les ayude a transportarse o que les acompañe, la carencia de dinero y la mala memoria pueden interferir en la obtención de las pruebas de laboratorio necesarias.

ALTERNATIVAS A LOS MEDICAMENTOS

Los adultos mayores padecen muchas enfermedades para las que los fármacos son útiles. Sin embargo, es posible que éstos produzcan efectos adversos graves que pueden dar como resultado mayores amenazas para las personas mayores que sus enfermedades principales. Es crucial que los medicamentos se tomen con precaución y que se sopesen los beneficios y los riesgos para asegurar que hacen más beneficio que perjuicio.

Algunas veces los cambios en el estilo de vida mejoran enfermedades y eliminan la necesidad de los medicamentos. Pueden incluir modificaciones alimenticias, hacer

ejercicio de manera regular, técnicas eficaces de manejo de estrés y horarios normales para dormir, descansar y eliminar.

Las terapias alternativas y complementarias proporcionan nuevas fórmulas para tratar los padecimientos de la salud. La aceptación y popularidad de estas terapias han aumentado entre los consumidores y pueden ofrecer aproximaciones eficaces y seguras para manejar enfermedades. A menudo, las terapias alternativas reemplazan la necesidad de usar medicamentos o posibilitan la administración de menores dosis. Es crucial que las enfermeras estén conscientes de los usos, limitaciones, precauciones y posibles reacciones adversas relacionados con las terapias alternativas para que ayuden a los mayores a ser consumidores informados.

RECUADRO 18-3 Consejos para el uso seguro de medicamentos: herramienta de educación

- Mantener una lista actualizada de todos los siguientes que se utilicen:
  - Medicamentos de prescripción.
  - Medicamentos de venta libre.
  - Complementos vitamínicos, de minerales y otros complementos nutricionales.
  - Remedios de plantas medicinales y homeopáticos.
  - Y mostrarla a los proveedores de salud.
- Por cada medicamento, planta medicinal, remedio homeopático o complemento nutricional que use, conocer (y, si es posible, tener esta información por escrito):
  - Dosis.
  - Horario de administración.
  - Instrucciones de administración (tomar con alimentos o en ayunas, tomar sólo si el síntoma está presente, suspender después de x días).
  - Propósito.
  - Efectos secundarios frecuentes.
  - Efectos adversos que deben mencionarse al profesional de salud.
  - Precauciones (cuándo no debe tomarla; interacciones con alimentos, otros medicamentos o sustancias).
  - Instrucciones de almacenamiento.
  - Dónde se compró/obtuvo.
- Leer tanto la información que acompaña a los medicamentos como libros de consulta para consumidores de fármacos, disponibles en la biblioteca local y en las librerías, para aprender lo más posible acerca de los medicamentos que esté tomando.
- Saber que su dosis podría ser diferente a la de alguien más que esté tomando el mismo medicamento.
- Saber que puede desarrollar efectos adversos a medicamentos que ha tomado durante años sin problemas. Revisar los síntomas con el profesional de salud.
- Intentar disminuir el número de medicamentos que consume. Comentar con el profesional de salud las mejoras en los síntomas y otros cambios que podrían hacer que un medicamento no sea necesario.
- Revisar de forma periódica las dosis de los medicamentos con el profesional de salud para determinar si algún cambio en sus funciones corporales comportaría reducir las dosis.
- Intentar tratar los nuevos síntomas por medios naturales en lugar de farmacológicos.
- No tomar medicamentos sin consultar al profesional de la salud.

PARA REFLEXIONAR

¿Cómo puede usted visualizar en su práctica el uso de terapias alternativas y complementarias como sustitutos o auxiliares de los tratamientos farmacológicos? ¿Con qué obstáculos podría enfrentarse al intentar integrar estas terapias en su práctica y qué podría hacer para superarlos?

ANÁLISIS DE MEDICAMENTOS SELECCIONADOS

El resto de este capítulo es una reseña de los grupos principales de medicamentos y las preocupaciones centrales vinculadas con su empleo en la población mayor. Esta sección no pretende ser una revisión que incluya todos los medicamentos; se recomienda a los lectores que consulten las referencias farmacológicas actuales y con farmacéuticos para encontrar la información completa.

Analgésicos

Los analgésicos se utilizan mucho debido a la elevada prevalencia del dolor entre los mayores. De los analgésicos, el medicamento antiinflamatorio no esteroideo (AINE) aspirina es muy popular gracias a su eficacia y bajo coste. Los adultos mayores son especialmente sensibles a los efectos de la aspirina y es más probable que experimenten efectos secundarios. De los muchos efectos secundarios de la aspirina, la hemorragia digestiva es uno de los más graves. Cuando se detecta anemia ferropénica en personas mayores, es importante preguntar acerca del consumo de aspirina, que puede estar relacionado con la hemorragia digestiva. Usar preparaciones de aspirina amortiguadas o con cobertura entérica y evitar tomar aspirina en ayunas son medidas que pueden ayudar a prevenir la irritación gastrointestinal y la hemorragia. Puede aparecer insomnio cuando los pacientes toman productos de aspirina que contienen cafeína, por lo que es importante preguntar acerca de la marca específica cuando se recoja información de los medicamentos que el paciente esté tomando. A veces se desarrollan trastornos del SNC cuando las personas con función renal disminuida toman aspirina. Los supositorios de aspirina pueden ocasionar irritación en el recto. Los síntomas relacionados con esto incluyen cambios en el estado mental, mareo, acúfenos y sordera. Cuando los pacientes siguen dietas bajas en sodio, debe tenerse en consideración su ingesta de aspirina porque una ingesta elevada de salicilato de sodio (como podría suceder con pacientes que toman aspirina de manera regular para la artritis) puede aportar una cantidad considerable de sodio a la dieta.

El paracetamol es otro analgésico popular entre la gente mayor con dolor de leve a moderado. A pesar de su relativa falta de actividad antiinflamatoria, con frecuencia se recomienda para el tratamiento inicial de la osteoartritis. La dosis diaria total no debe exceder 4 000 mg, ya que a veces las dosis elevadas a largo plazo causan necrosis hepática irreversible. Las enzimas hepáticas pueden elevarse con el uso a largo plazo de dosis bajas. Las dosis de paracetamol deben ajustarse para los pacientes con función hepática alterada. Igual que con los productos con aspirina y cafeína, los productos de paracetamol que contienen cafeína o clorhidrato de seudoefedrina pueden producir insomnio. El paracetamol quizás provoque falsos resultados en algunas pruebas de glucemia; debe preguntarse acerca del nuevo uso del

medicamento cuando se encuentren nuevas alteraciones en los niveles de glucemia. Los pacientes con enfermedad renal o hepática tienen un alto riesgo de efectos secundarios graves cuando toman paracetamol.

Los opioides de corta duración (codeína, fentanilo, petidina, morfina y oxicodona) se usan para el dolor leve a moderado y por lo general se prueban antes de utilizar opioides de larga duración (fentanilo, morfina de liberación prolongada y oxicodona de liberación prolongada). Los opioides deben utilizarse con precaución en los mayores debido al incremento del riesgo de efectos adversos, en especial hipoventilación. Los efectos adversos frecuentes de estos medicamentos incluyen estreñimiento, náuseas, vómito, sedación, letargo, debilidad, riesgo de caídas, confusión y dependencia. Ya que los individuos mayores son más proclives a padecer hipertrofia u obstrucción prostática y deficiencia de la función renal relacionada con la edad, están en riesgo de experimentar retención urinaria inducida por opioides. La petidina (meperidina) es el opioide de menor predilección porque se excreta por el riñón; ya que es más probable que los mayores tengan una función renal disminuida, el riesgo de reacciones tóxicas a este medicamento es alto.

Las pautas enfermeras para los mayores que toman analgésicos incluyen lo siguiente:

- Valorar el síntoma de dolor con cuidado en busca de su causa subyacente. Mejorar o eliminar la causa pueden hacer innecesario el uso de analgésicos.
- Explorar medios no farmacológicos para controlar el dolor, como ejercicios de relajación, masajes, baños con agua caliente y actividades recreativas.
- Si no se tiene éxito con los medios no farmacológicos para controlar el dolor, empezar con el tipo de analgésico más leve y la dosis más baja, y aumentar de manera gradual para evaluar la respuesta del paciente.
- Administrar analgésicos de manera regular para mantener constante la concentración sanguínea.
- Observar en busca de signos de infección distintos a la fiebre en pacientes que están tomando aspirina o paracetamol, ya que el efecto antipirético de estos medicamentos puede ocultar fiebres vinculadas con una infección.
- Debido a que el uso prolongado de aspirina puede ocasionar hemorragia y tiempos de coagulación retardados, observar signos de anemia, hemorragia y hemoglobina y tiempo de protrombina (TP) alterados.
- Tomar nota de los signos de toxicidad por salicilatos, que incluyen mareos, vómito, acúfenos, pérdida de la audición, sudoración, fiebre, confusión, escozor en boca y garganta, convulsiones y coma.
- Observar si hay reacciones hipoglucémicas, que pueden suceder cuando las personas con diabetes combinan aspirina con sulfonilureas.
- Tener mucha precaución al usar narcóticos en personas mayores.
- Si existiera o se sospechara sobredosis de cualquier medicamento de este grupo, remitir al paciente a urgencias de inmediato incluso en ausencia de síntomas. Es posible que los signos de intoxicación no se manifiesten durante muchos días, aunque el hígado pueda estar sufriendo daño.

- Mantenerse alerta a las interacciones:
  - La aspirina puede aumentar los efectos de los anticoagulantes orales, antidiabéticos orales, medicamentos corticoides, penicilinas y fenitoína.
  - La aspirina puede disminuir los efectos de probe-necida, espironolactona y sulfinpirazona.
  - Los efectos de la aspirina pueden incrementarse con grandes dosis de vitamina C y disminuirse con antiácidos, fenobarbital, propranolol y reserpina.
  - Fenobarbital puede disminuir los efectos del paracetamol.
  - Los analgésicos narcóticos pueden aumentar los efectos de los antidepresivos, sedantes, tranquilizantes y otros analgésicos.
  - Antidepresivos y fenotiacínicos pueden aumentar el efecto de los narcóticos; los nitratos pueden incrementar la acción de la petidina.
  - La petidina puede disminuir los efectos del colirio que se utiliza en el tratamiento del glaucoma.

Antiácidos

La disminución de la secreción de ácidos gástricos y el aumento de la intolerancia a los alimentos grasosos y fritos hace que la indigestión sea un padecimiento común en los últimos años de vida y que los antiácidos resulten un medicamento popular. Sin embargo, es importante que las enfermeras valoren la razón del uso de los anti-ácidos. Lo que los pacientes creen que es una indigestión podría ser, de hecho, cáncer gástrico o una úlcera; asimismo, los trastornos cardíacos pueden manifestarse con síntomas atípicos que se parecen a la indigestión. El uso prolongado de antiácidos justifica la necesidad de una evaluación diagnóstica.

La disponibilidad y el uso generalizado de antiácidos pueden conducir que algunos individuos banalicen la seriedad de estos medicamentos. Los antiácidos son fármacos y es posible que interactúen con otros medicamentos. Los antiácidos que contienen bicarbonato de sodio y magnesio pueden ocasionar desequilibrios hídricos y electrolíticos porque promueven la diarrea; el bicarbonato de sodio puede causar hipernatremia y acidosis metabólica; el carbonato de calcio puede llevar a la hipercalcemia; el uso prolongado de hidróxido de aluminio puede generar hiperfosfatemia; y el uso prolongado de antiácidos con calcio puede provocar estreñimiento y problemas renales. Por lo tanto, es importante usar estos medicamentos con cuidado y sólo cuando sea necesario.

Las pautas enfermeras para los mayores que toman antiácidos incluyen lo siguiente:

- Durante la valoración, preguntar en específico acerca del uso de antiácidos. Algunos pacientes podrían no considerar que los antiácidos de venta libre sean algo de qué preocuparse y podrían omitirlos cuando reportan su historial de medicamentos.
- Asegurarse de que se ha evaluado la causa subyacente del problema de los pacientes que han tomado anti-ácidos con frecuencia o durante un largo período de tiempo.

- Evitar administrar otros medicamentos dentro de las siguientes 2 h de un antiácido, a menos de que se indique lo contrario, para prevenir que el antiácido interfiera con la absorción.
- Supervisar la evacuación intestinal. Puede presentarse estreñimiento debido al uso de antiácidos de hidróxido de aluminio y calcio; puede aparecer diarrea cuando se utilizan combinaciones de hidróxido de magnesio.
- Recomendar a los pacientes que sigan dietas restringidas en sodio para evitar el uso de bicarbonato de sodio como antiácido.
- Estar alerta a las interacciones:
  - El hidróxido de aluminio puede aumentar los efectos de la petidina.
  - El hidróxido de magnesio puede aumentar los efectos del dicumarol.
  - La mayoría de los antiácidos puede disminuir los efectos de barbitúricos, clorpromazina, digoxina, preparaciones con hierro, isoniazida, anticoagulantes orales, penicilina, fenitoína, fenilbutazona, salicilatos, sulfonamidas, tetraciclina y vitaminas A y C.

Antibióticos

Los cambios en el sistema inmunitario relacionados con la edad y la alta prevalencia de enfermedades determinan que los mayores sean muy susceptibles a infecciones. Los antibióticos pueden jugar un papel en el tratamiento de estas infecciones; sin embargo, su empleo excesivo ha contribuido al surgimiento y la propagación de bacterias resistentes a los mismos. *Streptococcus pneumoniae* resistente a la penicilina ha aumentado de manera considerable, así como la resistencia a macrólidos, doxiciclina, trimetoprima-sulfametoxasol y cefalosporinas de segunda y tercera generaciones. *S. pneumoniae* resistente a los antibióticos es una preocupación grave porque este microorganismo es el principal causante de neumonía extrahospitalaria bacteriana, meningitis bacteriana y sinusitis bacteriana. La candidosis bucal, la colitis y la vaginitis son infecciones secundarias a los tratamientos con antibióticos que pueden causar incomodidad y una nueva serie de problemas. Además, las reacciones adversas a los antibióticos se presentan con mayor frecuencia en personas mayores que en otros grupos de edad. Con tan graves consecuencias, el tratamiento con antibióticos debe utilizarse de modo selectivo y con precaución.

Cualquier antibiótico puede ocasionar diarrea, náuseas, vómito, anorexia y reacciones alérgicas. La vancomicina y los aminoglucósidos parenterales (p. ej., amikacina, gentamicina y tobramicina) necesitan vigilancia estrecha por el riesgo de que causen pérdida de la audición e insuficiencia renal; deben realizarse pruebas de función renal con regularidad durante el uso de estos medicamentos. Las quinolonas (p. ej., ciprofloxacina y mixofloxacina) aumentan el riesgo de hipo e hiperglucemia en los mayores y pueden producir intervalos QTc prolongados; este grupo de antibióticos no se administra a pacientes con intervalos QTc prolongados o que toman ciertos antiarrítmicos. Las cefalosporinas pueden producir resultados falsos en las pruebas de glucosa en orina.

Las pautas enfermeras para las personas mayores que toman antibióticos incluyen

lo siguiente:

- Asegurarse de obtener cultivos cuando se sospecha o se presenta una infección; antibióticos diferentes son eficaces para distintas infecciones.
- Administrar antibióticos en horarios regulares para mantener constante la concentración sanguínea. Insistir a los pacientes que no deben saltarse las dosis. Considerar desarrollar una tabla de medicamentos o calendario para ayudar al paciente mayor a recordar que debe tomarlos.
- Vigilar si aparecen signos de sobreinfección, que pueden desarrollarse con el uso prolongado de antibióticos.
- Estar alerta a las interacciones:
  - Las penicilinas son medicamentos que se unen a las proteínas. Cuando se toman con otros medicamentos con una alta capacidad de unión a las mismas (p. ej., aspirina, fenitoína, valproato, aripiprazol, buspirona y clozapina), pueden reducirse los efectos de la penicilina, y la penicilina, por su parte, puede reducir los efectos de otros fármacos que se unen a las proteínas.
  - Antiácidos, cloranfenicol, eritromicina y tetraciclina pueden reducir los efectos de ampicilina y carindacilina.
  - Los laxantes, antiácidos, preparaciones de hierro, fenobarbital y alcohol con base de aluminio, calcio o magnesio pueden reducir los efectos de la doxicilina.
  - Los efectos del sulfafurazol pueden aumentarse con aspirina, oxifenbutazona, probenecida, sulfinpirazona y ácido paraaminosalicílico. Sulfafurazol puede aumentar los efectos del alcohol, los anti-coagulantes y antidiabéticos orales, el metotrexato y la fenitoína.
  - La probenecida retrasa la excreción de la mayoría de los antibióticos, con el riesgo de que las concentraciones de los mismos se acumulen en la sangre y aumenten los efectos secundarios.

Anticoagulantes

Los anticoagulantes son eficaces para prevenir tanto la trombosis arterial como la flebotrombosis y con frecuencia se prescriben a pacientes con antecedentes de trastornos tromboembólicos, infarto de miocardio, apoplejías y trastornos coronarios, así como para profilaxis en pacientes sometidos a cirugía de cadera y reemplazo de válvula mitral. Aunque son beneficiosos, los anticoagulantes tienen un estrecho margen terapéutico y un mayor riesgo de hemorragia en personas mayores.

La heparina suele recetarse para la anticoagulación rápida, seguida de warfarina (cumarínico) para uso prolongado. Ninguno de estos medicamentos disuelve los coágulos existentes sino que previene la formación de nuevos. La heparina bloquea la respuesta eosinofílica a la corticotropina y la insulina. La osteoporosis y las fracturas espontáneas son un riesgo para las personas que han tomado heparina durante períodos prolongados.

Las pautas enfermeras para los mayores que toman anticoagulantes incluyen lo siguiente:

- Asegurar que los pacientes que estén tomando anti-coagulantes se sometan a

vigilancia de TP/relación normalizada internacional (INR); comentar con el médico con qué frecuencia debe llevarse a cabo.

- Deben recetarse dosis ajustadas a la edad; consultar con el médico.
- Administrar los anticoagulantes a la misma hora todos los días para mantener constante la concentración sanguínea.
- Vigilar en busca de signos de hemorragia; enseñar a los pacientes a vigilar la presencia de estos signos.
- Educar a los pacientes acerca de la necesidad de ser cuidadosos con la dieta. Una ingesta elevada de alimentos ricos en vitamina K (espárragos, tocino, hígado de res, repollo, pescado, coliflor y vegetales de hojas verdes) pueden reducir la eficacia de los anti-coagulantes. El mango y la papaya pueden aumentar la INR. Los dosis altas de vitamina E pueden elevar el riesgo de hemorragia.
- Aconsejar a los pacientes que eviten tomar productos de plantas hasta que los hayan revisado con el profesional de salud. Muchas hierbas interactúan con los anticoagulantes.
- Tener vitamina K disponible como antídoto cuando los pacientes toman anticoagulantes.
- Aconsejar a los pacientes que eviten tomar aspirina porque puede interferir con la agregabilidad plaquetaria y causar hemorragias. Tres gramos o más de salicilatos —nivel que pueden alcanzar las personas que toman aspirina para el dolor artrítico — son suficientes para producir hemorragia en personas mayores.
- Estar alerta a las interacciones:
  - Los anticoagulantes pueden aumentar los efectos de los hipoglucémicos orales y la fenitoína, y disminuir los efectos de la ciclosporina y la fenitoína.
  - Paracetamol, andrógenos, aspirina y algunos otros AINE, acitromicina, salicilato de bismuto, algunos antagonistas del calcio, capsaicina, antibióticos de amplio espectro, clorpromazina, colquicina, ácido etacrínico, parafina líquida, fenilbutazona, fenitoína, probenecida, reserpina, tiroxina, tolbutamida y antidepresivos tricíclicos pueden aumentar los efectos de los anticoagulantes.
  - Antiácidos, antitiroideos, barbitúricos, carbamazepina, clorpromazina, colestiramina, estrógenos, rifampicina, diuréticos tiacídicos y vitamina K pueden disminuir los efectos de los anticoagulantes.
  - Los efectos de la heparina pueden reducirse parcialmente por digoxina, antihistamínicos, nicotina y tetraciclina.

Anticonvulsivos

Las personas mayores pueden experimentar convulsiones como resultado de antecedentes de epilepsia, lesiones, hipoglucemia, infecciones, desequilibrio electrolítico o reacciones a medicamentos. El tratamiento de muchos de estos padecimientos puede eliminar las convulsiones y la necesidad de fármacos anticonvulsivos; esto refuerza la importancia de una valoración exhaustiva y de llevar a cabo pruebas diagnósticas para identificar la causa precisa.

Los anticonvulsivos pueden usarse individualmente o combinados para mantener

la concentración sanguínea que controlará las convulsiones con la menor cantidad de efectos secundarios. Los adultos mayores presentan mayor riesgo de toxicidad por los anticonvulsivos, lo que hace necesario que los tomen con precaución. Se prefieren la carbamazepina, la lamotrigina, el valproato y la gabapentina sobre el fenobarbital y la fenitoína para tratar a los pacientes de edad avanzada con epilepsia.

Además de las convulsiones, los anticonvulsivos se prescriben para el tratamiento del trastorno bipolar, trastorno esquizoafectivo, dolor neuropático crónico, prevención de migrañas y otras enfermedades.

Las pautas enfermeras para los adultos mayores que toman anticonvulsivos incluyen lo siguiente:

- Vigilar la presencia de posibles efectos secundarios de estos medicamentos y preguntar acerca de los mismos, incluidos cambios en los hábitos intestinales, moretones anómalos, hemorragia, palidez, debilidad, ictericia, dolor muscular y de articulaciones, náuseas, vómito, anorexia, mareo (que incrementa el riesgo de caídas), visión borrosa, diplopía, confusión, agitación, dificultad al hablar, alucinaciones, arritmia, hipotensión, trastornos del sueño, acúfenos, retención urinaria y glucosuria.
- Como estos medicamentos pueden disminuir la actividad psicomotora, asegurarse de que los pacientes tienen una adecuada actividad física.
- Verificar que se realizan evaluaciones periódicas de la concentración sanguínea de los medicamentos necesarios o disponibles (p. ej., carbamazepina, fenitoína, fenobarbital, primidona y ácido valproico).
- Saber que estos medicamentos pueden empeorar cualquier enfermedad hepática o renal.
- Los anticonvulsivos no deben suspenderse de manera brusca. Recomendar a los pacientes que consulten a su médico antes de descontinuar el uso de estos medicamentos.
- Recomendar a los pacientes que eviten comer toronja y beber su jugo cuando reciban estos medicamentos porque la toronja aumenta el riesgo de toxicidad.
- Supervisar estrechamente a los pacientes con glaucoma, coronariopatía o enfermedades de la próstata. Los anticonvulsivos pueden agravar estos padecimientos.
- Tomar nota de que algunos anticonvulsivos pueden producir fotosensibilidad.
- Estar alerta a las interacciones:
  - Los anticonvulsivos pueden aumentar los efectos de analgésicos, antihistamínicos, propranolol, sedantes y tranquilizantes.
  - Los anticonvulsivos pueden disminuir los efectos de la cortisona y los anticuagulantes.
  - Los efectos depresivos del SNC pueden aumentarse y los de los anticonvulsivos disminuirse cuando se toman algunos anticonvulsivos con antidepresivos tricíclicos.
  - Las preparaciones de anticonvulsivos y digital, si se administran de manera simultánea, aumentan considerablemente el riesgo de toxicidad de ambos

medicamentos.

Antidiabéticos (hipoglucemiantes)

Los medicamentos antidiabéticos necesitan que las dosis se ajusten con cuidado con base en el peso, la dieta y el nivel de actividad del individuo. Los medicamentos de este grupo son de clases: insulina y sulfonilureas. La autoinyección de insulina puede ser un reto para algunos individuos mayores, en particular para aquellos con manos artríticas, mala vista o deficiencia cognitiva. La valoración continua de la capacidad de los mayores y de los miembros de su familia que los cuidan para realizar la inyección es esencial. Las personas que todavía produce algún grado de insulina puede tomar sulfonilureas. Algunos ejemplos son clorpropamida, glimepirida, glipizida, glibenclamida, tolazamida y tolbutamida; la metformina no se recomienda para mayores de 80 años debido al riesgo de acidosis metabólica.

Clorpropamida y glibenclamida no son medicamentos de primera elección para las personas mayores porque tienen una semivida larga y aumentan el riesgo de hipoglucemia grave.

La hipoglucemia es un problema más probable y grave para los diabéticos de edad avanzada que la cetosis. Algunos de los signos clásicos de hipoglucemia podrían no presentarse en los mayores; confusión y dificultad al hablar podrían ser el primer indicio de esta complicación.

Para encontrar más información acerca del cuidado del paciente con diabetes, consúltese el capítulo 27. Las pautas enfermeras para las personas mayores que toman antidiabéticos incluyen lo siguiente:

- Enseñar a los individuos con diabetes y a quienes los cuidan acerca del uso y almacenaje correcto de los medicamentos y a reconocer la hipo e hiperglucemia. Remarcar que todas las insulinas o antidiabéticos orales no son intercambiables (esto es, los distintos fármacos tienen potencia, duración e inicio diferentes).
- Asegurarse de que los individuos con diabetes lleven consigo una identificación que informe a los demás acerca de su enfermedad en caso de que los encuentren inconscientes o confundidos.
- Examinar los lugares de inyección en pacientes que usan insulina. Enrojecimiento, hinchazón, dolor y desarrollo de nódulos en el lugar de la inyección pueden indicar alergia a la insulina. Un área sumida en ese sitio puede ser resultado de atrofia e hipertrofia relacionadas con lipodistrofia por insulina, un padecimiento inofensivo pero poco atractivo.
- Informar alteraciones que podrían modificar los requerimientos de fármacos antidiabéticos, como fiebre, traumatismos graves, diarrea prolongada o vómito, función tiroidea alterada o enfermedad cardíaca, renal o hepática.
- Recomendar a los pacientes que eviten tomar alcohol, ya que puede conducir a considerables descensos en el nivel de azúcar en la sangre.
- Estar alerta a las interacciones:
  - Alcohol, anticoagulantes orales, cimetidina, isoniacida, fenilbutazona, ranitidina, sulfinpirazona y dosis elevadas de salicilatos pueden incrementar los efectos de

los fármacos antidiabéticos.

- Clorpromazina, medicamentos corticoides, diuréticos tiacídicos, furosemida, fenitoína, preparaciones tiroideas y medicinas para el resfriado y la tos pueden disminuir los efectos de los medicamentos antidiabéticos.
- Los fármacos antidiabéticos pueden aumentar los efectos de los anticoagulantes.

Antihipertensivos

En los últimos años de vida se vuelve cada vez más difícil tener una buena circulación como resultado de la menor elasticidad de los vasos periféricos y la acumulación de depósitos en la luz de los vasos. Para compensar el aumento de la resistencia periférica, la presión arterial sistólica podría elevarse. De la misma manera, la presión arterial diastólica podría aumentar como respuesta a la reducción del gasto cardíaco relacionada con la edad. Aunque estos aumentos de la presión arterial pueden compensar los cambios que interfieren en la circulación adecuada, generan nuevos riesgos cuando la presión arterial llega a un nivel que se considera hipertensivo (>140 mmHg sistólico o >90 mmHg diastólico).

Como los diuréticos disminuyen los efectos de retención de sodio y agua de muchos otros medicamentos antihipertensivos como los β-bloqueadores, son los fármacos que se utilizan con más frecuencia en combinación con antihipertensivos. Los diuréticos hacen que los vasos sanguíneos se dilaten y ayudan a los riñones a eliminar sal y agua, por lo que disminuyen el volumen de líquidos corporales y bajan la presión arterial. Los β-bloqueadores detienen los efectos de la división simpática, que es la parte del sistema nervioso que puede responder rápidamente al estrés aumentando la presión arterial. Algunos ejemplos incluyen acebutolol, atenolol, betaxolol, bisopropol, carteolol, metoprolol, nadolol, penbutolol, pindolol, propranolol y timolol. Algunos efectos secundarios de los β-bloqueadores son mareos, desmayos, broncoespasmos, bradicardia, insuficiencia cardíaca, posible ocultamiento de niveles bajos de azúcar en la sangre, deterioro de la circulación periférica, insomnio, fatiga, disnea, depresión, enfermedad de Raynaud, sueños muy intensos, alucinaciones, disfunción sexual y, con algunos β-bloqueadores, aumento del nivel de triglicéridos.

Los inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (ECA) (p. ej., lisinoprilo) son medicamentos antihipertensivos bien tolerados y los iniciales en el tratamiento de la hipertensión. Dilatan las arteriolas al prevenir la formación de angiotensina II, que ocasiona que las arteriolas se estrechen e inhiban la acción de la ECA, la cual convierte la angiotensina I en angiotensina II. Los ejemplos incluyen benazepril, captopril, enalapril, fosinopril, lisinopril, moexipril, perindopril, quinapril, ramipril y trandolapril. La tos es un efecto secundario común de estos medicamentos. En pacientes para los que están indicadas las combinaciones de inhibidores de la ECA (IECA) y diuréticos pero que no las toleran pueden usarse combinaciones de antagonistas del receptor de angiotensina II (p. ej., losartan) y diuréticos.

Los antagonistas del calcio ocasionan que las arteriolas se dilaten mediante un mecanismo por completo diferente. Algunos ejemplos son amlodipina, diltiazem (sólo de liberación prolongada), felodipina, isradipina, nicardipina, nifedipina (sólo de liberación prolongada), nisoldipina y verapamilo. Los efectos secundarios de estos

fármacos incluyen dolor de cabeza, mareos, rubor, retención de líquidos, problemas en el sistema de conducción eléctrica del corazón (incluido bloqueo auriculoventricular), bradicardia, insuficiencia cardíaca, gingivitis y estreñimiento. Los IECA y los antagonistas del calcio pueden prescribirse combinados para disminuir la presión arterial, así como otras combinaciones.

Los bloqueadores (doxazosina, prazosina y tetrazosina) y los inhibidores de la angiotensina II (candesartán, eprosartán, irbesartán, losartán, telmisartán y valsartán) son otros fármacos que pueden utilizarse en el tratamiento de la hipertensión.

Las pautas enfermeras para las personas mayores que toman antihipertensivos incluyen lo siguiente:

- Evaluar la presión arterial minuciosamente. Obtener determinaciones con el paciente acostado, sentado y de pie.
- Ayudar a los pacientes a aprender y utilizar medidas no farmacológicas para reducir la presión arterial, como pérdida de peso, restricción de la ingesta de sodio y alcohol, ejercicio aeróbico moderado y técnicas de manejo del estrés.
- Vigilar a los pacientes estrechamente cuando se inicie el tratamiento. Algunos antihipertensivos pueden causar hipotensión considerable al principio. Recomendarles que cambien lentamente de posición para prevenir caídas. Si se recetan diuréticos, vigilar en busca de deshidratación inducida por los diuréticos.
- Asegurarse de que los pacientes se sometan a las pruebas de laboratorio que se les ordenaron. Es de especial importancia vigilar el potasio en sangre cuando los pacientes están tomando IECA con potasio o diuréticos ahorradores del mismo.
- Vigilar la presencia de efectos secundarios en los pacientes.
- Remarcar a los pacientes la importancia de seguir el tratamiento incluso cuando no presenten síntomas.
- Algunos antihipertensivos no deben suspenderse de forma brusca. Recomendar a los pacientes que pregunten a su médico antes de descontinuar estos medicamentos.
- Estar alerta a las interacciones:
  - Los medicamentos antihipertensivos pueden aumentar los efectos de barbitúricos, insulina, fármacos antidiabéticos orales, sedantes y diuréticos tiacídicos.
  - Anfetaminas, antiácidos, antihistamínicos, salicilatos y antidepresivos tricíclicos pueden disminuir los efectos de los antihipertensivos.
  - El verapamilo puede aumentar el nivel de digoxina en la sangre.
  - Cimetidina, ciprofloxacina y diuréticos pueden disminuir los efectos del propanolol.
  - El jugo de toronja puede afectar la biodisponibilidad y alterar los efectos de los inhibidores de calcio.
  - Cada medicamento tiene interacciones específicas; revisar con cuidado la bibliografía farmacológica para aprender acerca de ellas.

Antiinflamatorios no esteroideos

La alta prevalencia de artritis en la población de adultos mayores contribuye al amplio uso de AINE. Estos medicamentos son eficaces para aliviar el dolor y la inflamación de leves a moderados; sin embargo, no suelen usarse a menos de que los analgésicos de menor riesgo (p. ej., paracetamol) no hayan sido beneficiosos. Los ejemplos de AINE incluyen diclofenaco, diflunisal, flurbiprofeno, indometacina, meclofenamato, naproxeno, piroxicam, salicilatos y tolmetina.

Los inhibidores de la ciclooxigenasa-2 (COX-2) son una nueva clase de AINE introducida en 1998 a la que se atribuyó la ventaja de producir menos irritación gástrica. Se llaman inhibidores de la COX-2 porque inhiben una enzima llamada ciclooxigenasa, que se cree que desencadena el dolor y la inflamación en el cuerpo. En 2005, un comité asesor de la Food and Drug Administration (FDA) concluyó que los inhibidores de la COX-2 aumentan el riesgo de infarto de miocardio y accidente cerebrovascular. No obstante, la FDA acordó permitir la venta de algunos de estos medicamentos (celecoxib [Celebrex]) porque los beneficios de estos medicamentos son mayores que los riesgos cardiovasculares para muchas personas. Cuando los pacientes están tomando celecoxib, es necesaria una vigilancia cuidadosa. Los efectos secundarios a observar comprenden inflamación de rostro, dedos, manos y piernas; dolor de estómago intenso; y signos de hemorragia. Las personas que son alérgicas a las sulfamidas puede tener reacciones alérgicas al celecoxib.

Oxifenbutazona y fenilbutazona, aunque eficaces a los pocos días de iniciar el tratamiento, son fármacos en extremo potentes y tienen un alto riesgo de producir reacciones adversas a los mayores. No deben administrarse a pacientes con trastornos hemáticos, demencia, úlcera gastroduodenal, glaucoma o enfermedad cardíaca, renal, hepática o de la tiroides. Se desaconseja el tratamiento prolongado.

Cualquier AINE puede ocasionar o empeorar la insuficiencia renal, elevar la presión arterial y agravar la insuficiencia cardíaca. Las pautas enfermeras para los mayores que toman AINE incluyen lo siguiente:

- Los AINE tienen un margen terapéutico limitado y las concentraciones tóxicas se acumulan con mucha más facilidad y con dosis menores en personas mayores. Vigilar cuidadosamente y preguntar acerca de efectos secundarios, como síntomas gastrointestinales, audición deficiente e indicaciones de trastornos del SNC. Ser consciente de que las personas de edad avanzada tienen mayor riesgo de experimentar delirio como efecto secundario de estos medicamentos.
- Asegurar que se realizan estudios de sangre con regularidad.
- Administrar estos medicamentos con alimentos o un vaso de leche, a menos que esté contraindicado, para reducir la irritación gastrointestinal.
- Si los pacientes toman aspirina por sus efectos cardioprotectores e inician el tratamiento con AINE, consultar con el médico y el farmacéutico porque algunos AINE (p. ej., ibuprofeno) pueden reducir los beneficios cardíacos de la aspirina.
- El uso prolongado de indometacina, meclofenamato, piroxicam y tolmetina puede causar efectos en el SNC (p. ej., dolor de cabeza, mareos, somnolencia y confusión). Cuando se revisen los medicamentos de pacientes nuevos, tomar nota de si han recibido estos fármacos durante un tiempo prolongado y consultar esto

con el médico y el farmacéutico.

- Estar alerta a las interacciones:
  - Los AINE pueden aumentar los efectos de anticoagulantes orales, insulina, antidiabéticos orales, ciclosporina, litio, penicilina, fenitoína y sulfa-midas; y disminuir los efectos de los diuréticos y β-bloqueadores.
  - Cuando se toma celecoxib con aspirina, litio o fluconazol, hay un mayor riesgo de efectos secundarios graves.
  - La oxifenbutazona puede disminuir los efectos de la digitoxina.

Hipocolesterolemiantes

Un número cada vez mayor de individuos en proceso de envejecimiento está muy alerta de los riesgos relacionados con los niveles elevados de colesterol de lipoproteínas de baja densidad (LBD). La publicidad directa al consumidor de los hipocolesterolemiantes también ha aumentado la conciencia respecto a este problema. El resultado es un incremento del uso de dichos fármacos. Estos medicamentos han demostrado ser benéficos para reducir episodios cardiovasculares y la mortalidad en individuos mayores.

El objetivo principal de bajar el colesterol es reducir las LBD y aumentar las lipoproteínas de alta densidad (LAD). Los objetivos del tratamiento se individualizan con base en el perfil individual de cada paciente. A menudo, antes de iniciar el tratamiento se recurre a otras intervenciones (p. ej., seguir una dieta cardiosaludable, programas de ejercicios y reducción de peso). Los hipocolesterolemiantes incluyen mevastatinas, niacina, resinas de ácidos biliares, derivados del ácido fíbrico e inhibidores de la absorción de colesterol.

Las mevastatinas (inhibidores de la HMG-CoA-reductasa), a menudo el tratamiento de primera línea, inhiben la producción de colesterol en el hígado. Los ejemplos comprenden rosuvastatina (Crestor), atorvastatina (Lipitor), fluvastatina (Lescol), lovastatina (Mevacor), pravastatina (Pravachol) y simvastatina (Zocor). También hay combinaciones de mevastatinas, como Advicor, combinaciones de una mevastatina y niacina, y Caduet, una combinación de una mevastatina (atorvastatina) y el antihipertensivo amlodipina (Norvasc). Como estos medicamentos pueden afectar la función del hígado, deben realizarse pruebas de función hepática antes de iniciar el tratamiento y después a intervalos regulares. El dolor muscular es un síntoma importante para tener en cuenta en pacientes que estén tomando mevastatinas porque estos medicamentos pueden causar miopatía y rotura de músculo esquelético, lo que puede precipitar insuficiencia renal.

La niacina, o ácido nicotínico, es una vitamina del complejo B que, además de estar disponible en la alimentación, puede recetarse en dosis altas para disminuir el colesterol de LBD y aumentar el de LAD. Algunos ejemplos son Niacor, Niaspan y Slo-Niacin. Los principales efectos secundarios consisten en rubor, prurito, hormigueo y cefalea; es posible que la aspirina reduzca muchos de estos síntomas. La niacina puede interferir en el control de la glucosa y agravar la diabetes. También puede exacerbar la colecistopatía y la gota.

Las resinas de ácidos biliares funcionan dentro del intestino, donde se unen a la

bilis y previenen que se reabsorba al sistema circulatorio. Los ejemplos incluyen colestiramina (Questran y Questran Light), colestipol (Colestid) y colesevelam (WelChol). Los efectos secundarios más frecuentes son estreñimiento, gases y dolor de estómago. Estos medicamentos pueden interactuar con diuréticos, β-bloqueadores, corticoesteroides, hormonas tiroideas, digoxina, ácido valproico, AINE, sulfonilureas y warfarina; consultar con el médico y el farmacéutico en relación con el tiempo que hay que esperar entre la administración de estos medicamentos y las resinas de ácidos biliares.

Se piensa que los derivados de ácidos fíbricos, aunque su mecanismo de acción no está completamente claro, mejoran la descomposición de las partículas ricas en triglicéridos, disminuyen la secreción de ciertas lipoproteínas e inducen la síntesis de LAD. Entre los ejemplos se hallan fenofibrato (Tricor), gemfibrozil (Lopid) y fenofibrato (Lofibra). Deben realizarse pruebas de función hepática y hemogramas completos antes de iniciar el tratamiento y después de manera regular.

Los inhibidores de la absorción del colesterol funcionan inhibiendo la absorción de colesterol en los intestinos. El Vytorin, un nuevo medicamento, es una combinación de ezetimibe (Zetia) y la mevastatina simvastatina.

Las pautas enfermeras para las personas mayores que toman hipocolesterolemiantes incluyen lo siguiente:

- Ayudar a los pacientes a implementar modificaciones alimenticias y de estilo de vida que les ayuden a reducir los niveles de colesterol.
- Asegurarse de que los pacientes se realicen pruebas de función hepática y otras pruebas necesarias, según se les ordene.
- Supervisar las interacciones y seguir las precauciones para cada categoría de hipocolesterolemiantes, como se señaló antes.

Neuroestimulantes

Con casi 5 millones de personas que padecen demencia y cerca de 30 millones que tienen algún tipo de trastorno de la memoria, el desarrollo de medicamentos que mejoren las funciones cognitivas se ha incrementado. Estos medicamentos comprenden:

- *Inhibidores de la colinesterasa:* donepezil (Aricept), galantamina (Razadyne), tartrato de rivastigmina (Exelon) y tacrina (Cognex).
- *Antagonistas de los receptores NMDA:* memantina (Namenda).

Estos fármacos pueden causar muchos efectos secundarios, como náuseas, vómito, diarrea, anorexia, pérdida de peso, frecuencia urinaria, calambres musculares, dolor articular, hinchazón o rigidez, fatiga, somnolencia, dolor de cabeza, mareo, nerviosismo, cambios de comportamiento, depresión, confusión, sueños anómalos, dificultad para quedarse o mantenerse dormido, coloración o hematomas en la piel y enrojecimiento, descamación y comezón cutáneos.

Las pautas enfermeras para los adultos mayores que toman nootrópicos incluyen lo siguiente:

- Evaluar el estado mental, las funciones intelectuales y las actividades diarias de los

pacientes antes de iniciar la terapéutica y de forma periódica durante tratamientos prolongados. Vigilar en busca de signos y síntomas de hemorragias digestivas. Asegurarse de que los pacientes que tomen tacrina se realicen pruebas de función hepática con regularidad.

- Recomendar la reevaluación de quienes tomen estos medicamentos a medida que sus trastornos subyacentes mejoren.
- Los inhibidores de la colinesterasa pueden afectar la conducción cardíaca en individuos con trastornos de conducción cardíaca previos o que están tomando medicinas que afectan el ritmo cardíaco. Consultar los riesgos potenciales con el médico y el farmacéutico.
- Evitar la suspensión abrupta de estos medicamentos. Advertir a los pacientes que consulten con su médico antes de descontinuarlos.
- Enseñar a los pacientes que es mejor tomar la tacrina en ayunas y la galantamina con alimentos.
- Estar alerta a las interacciones con anticolinérgicos, aspirina (dosis altas para artritis), medicamentos colinérgicos, inhibidores de la colinesterasa, uso prolongado de AINE, carbamazepina, dexametasona, fenobarbital, fenitoína y rifampicina.

Digoxina

Las preparaciones de digital se usan en el tratamiento de insuficiencia cardíaca congestiva, aleteo o fibrilación auricular, taquicardia supraventricular y extrasístoles para aumentar la fuerza de contracción miocárdica a través de la acción directa en el miocardio. La mejora en la circulación que de esto resulta también ayuda a reducir el edema.

En general las dosis diarias para personas mayores no deben exceder 0,125 mg, excepto si se usa para controlar la arritmia auricular y el ritmo ventricular. La digoxina debe administrarse con precaución a pacientes con insuficiencia renal.

Las pautas enfermeras para las personas mayores que toman digoxina incluyen lo siguiente:

- Revisar o enseñar a los pacientes y a quienes les brindan cuidado a revisar la velocidad, el ritmo y la regularidad del pulso antes de administrar digoxina.
- La semivida biológica normal de estos medicamentos puede extenderse en los mayores, lo que aumenta el riesgo de toxicidad por digital. Los signos de toxicidad comprenden bradicardia, diarrea, arritmias cardíacas, anorexia, náuseas, vómito, dolor abdominal, delirio, agitación, alucinaciones, dolor de cabeza, inquietud, insomnio, pesadillas, afasia, ataxia, debilidad, dolor muscular y altas concentraciones del medicamento en la sangre (aunque *puede haber toxicidad en presencia de concentraciones normales en la sangre*). Informar de inmediato cualquier signo de posible toxicidad.
- La hipopotasemia hace a los pacientes más susceptibles a la toxicidad. Verificar que los pacientes consuman alimentos ricos en potasio y que se evalúe el nivel sanguíneo de potasio con regularidad.

- Los mayores pueden presentar signos de toxicidad con concentraciones normales del medicamento en la sangre. Asegurarse de vigilar en busca de signos.
- Estar alerta a las interacciones:
  - Alprazolam, anfotericina, benzodiazepinas, carve-dilol, cuclosporina, eritromicina, ácido etacrínico, fluoxetina, guanetidina, ibuprofeno, indometacina, fenitoína, propranolol, quinidina, tetraciclinas, tolbutamida, trazodona, trimetroprima, verapamilo y algunos otros medicamentos pueden aumentar los efectos de la digoxina.
  - Antiácidos, colestiramina, caolín/pectina, laxantes, neomicina, fenobarbital, fenilbutazona y rifampicina pueden disminuir los efectos de la digoxina.
  - El riesgo de toxicidad aumenta con preparaciones de digital tomadas con cortisona, diuréticos, reserpina parenteral y preparaciones tiroideas.

Diuréticos

Los diuréticos se usan en una variedad de trastornos cardiovasculares, como la hipertensión y la insuficiencia cardíaca congestiva. Hay muchos tipos principales que funcionan de diferentes maneras:

- *Tiacidas:* inhiben la reabsorción de sodio en el sitio de dilución cortical de la rama ascendente del asa de Henle y aumentan la eliminación de cloruro y potasio. Los ejemplos incluyen clorotiazida, hidroclorotiazida y metolazona.
- *Diuréticos de asa:* inhiben la reabsorción de sodio y cloruro en la porción proximal de la rama ascendente del asa de Henle. Los ejemplos comprenden brumetanida, ácido etacrínico y furosemida.
- *Diuréticos ahorradores de potasio:* antagonizan la aldosterona en el túbulo distal, haciendo que se eliminen agua y sodio, pero no potasio. Entre los ejemplos se encuentran amilorida, espironolactona y triamtereno.

En circunstancias normales, los adultos mayores tienen un alto riesgo de desarrollar desequilibrios hídricos y electrolíticos; el tratamiento con diuréticos incrementa ese riesgo de manera considerable. Debe prestarse especial atención a la detección temprana de los signos de desequilibrio y a corregirlos de inmediato.

Las pautas enfermeras para las personas mayores que toman diuréticos incluyen lo siguiente:

- Planificar un programa de administración que interfiera lo menos posible en los horarios del paciente. Suele ser preferible la administración matutina.
- Vigilar el balance hídrico y asegurarse de que se consuman suficientes líquidos.
- Enseñar a los pacientes y a quienes los cuidan a reconocer y reportar inmediatamente los signos de desequilibrio hídrico y electrolítico: boca seca, confusión, sed, debilidad, letargo, somnolencia, inquietud, calambres musculares, fatiga muscular, hipotensión, diuresis disminuida, presión arterial baja y molestias gastrointestinales.
- Debido a que puede presentarse hipotensión por el uso de estos fármacos, debe prestarse mucha atención a la prevención de caídas.

- Observar en busca de signos de diabetes latente, que muchas veces se manifiestan durante el tratamiento con diuréticos tiacídicos.
- Supervisar la audición en pacientes que toman diuréticos de asa porque estos medicamentos pueden causar ototoxicidad transitoria.
- Los diuréticos pueden agravar la hepatopatía, los trastornos renales, la gota y la pancreatitis existentes, y elevar la glucosa en la sangre en diabéticos. Vigilar a los pacientes con estos padecimientos.
- Asegurarse de que se evalúen periódicamente los electrólitos séricos, la glucosa y el nitrógeno ureico en sangre.
- Estar alerta a las interacciones:
  - Los diuréticos pueden aumentar los efectos de los antihipertensivos y disminuir los efectos de alopurinol, digoxina, anticoagulantes orales, antidiabéticos y probenecida.
  - Analgésicos y barbitúricos pueden aumentar los efectos de los diuréticos; colestiramina y grandes cantidades de aspirina (administrar estos medicamentos al menos una hora antes) pueden disminuirlos.

Laxantes

La reducción del peristaltismo relacionada con la edad y la tendencia de muchos mayores a ser menos activos, consumir dietas bajas en fibra y tomar medicamentos que estriñen hacen que el estreñimiento sea un problema común. Deben tomarse medidas no farmacológicas para promover la evacuación antes de recurrir a los laxantes. Cuando los laxantes son necesarios, deben elegirse y usarse selectivamente. Los laxantes difieren en su función:

- Los *formadores de masa* (p. ej., metilcelulosa) absorben líquido de los intestinos y producen masa adicional, que distiende los intestinos y aumenta la peristalsis. Por lo general tardan de 12 a 24 h para hacer efecto. Los formadores de masa tienen que mezclarse con grandes cantidades de agua. Estos compuestos no deben administrarse cuando existe cualquier indicio de obstrucción intestinal.
- Los *sufarctantes* (p. ej., docusato sódico) acumulan líquidos en las heces y esto hace que la masa sea más suave y fácil de mover. No afectan la peristalsis; tardan de 24 a 48 h en hacer efecto.
- Los *hiperosmolares* (p. ej., glicerina) llevan líquidos al colon, lo que ocasiona distensión intestinal que incrementa la peristalsis. Hacen efecto en 1 a 3 h; están contraindicados cuando exista riesgo de fecaloma.
- Los *estimulantes* (p. ej., cáscara sagrada) irritan el músculo liso de los intestinos y llevan líquidos al colon, lo que provoca peristalsis. Hacen efecto en 6 a 10 h. Los estimulantes pueden producir cólicos y evacuación excesivamente líquida.
- Los *lubricantes* (p. ej., parafina líquida) cubren la materia fecal para facilitar su paso. Tardan de 6 a 8 h en hacer efecto. Estos compuestos no se recomiendan para personas mayores.

Las pautas enfermeras para las personas mayores que toman laxantes incluyen lo siguiente:

- Reconociendo que es un riesgo geriátrico normal, ayudar a los mayores a prevenir el estreñimiento.
- Cuando los pacientes se quejen de estreñimiento, evaluar con cuidado antes de sugerir o administrar un laxante.
- Enfatizar a las personas mayores y a quienes les brindan cuidado que los laxantes, aunque populares, son medicamentos y pueden tener efectos secundarios e interactuar con otros fármacos.
- Enseñar a los pacientes que una buena ingesta de líquidos debe acompañar el uso de laxantes formadores de masa y sufarctantes para prevenir la acumulación de heces, lo que produce obstrucción intestinal.
- Estar alerta a las interacciones:
  - Los laxantes pueden reducir la eficacia de muchos medicamentos orales porque aumentan la velocidad de su paso a través del aparato digestivo.
  - El uso prolongado de parafina líquida puede disminuir las vitaminas liposolubles del cuerpo (vitaminas A, D, E y K).

Psicofármacos

Medicamentos para la ansiedad (ansiolíticos)

Las preocupaciones económicas, las muertes, los delitos, las enfermedades y muchos otros problemas que las personas mayores afrontan son una causa legítima de ansiedad. La ayuda financiera, la psicoterapia, la educación en salud personal y otras intervenciones pueden brindar mejores resultados a largo plazo para tratar la ansiedad situacional que un medicamento solo y estas medidas también podrían prevenir problemas adicionales derivados de reacciones adversas a los medicamentos. De acuerdo con el Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. (American Psychiactric Association, 2013), los ansiolíticos sólo deben usarse cuando se presente un trastorno de ansiedad generalizado, trastornos de angustia, ansiedad que acompañe a otro trastorno psiquiátrico, trastornos del sueño, ansiedad considerable como respuesta a un desencadenante situacional o delirio, demencia y otros trastornos cognitivos con conductas relacionadas bien documentadas, persistentes, que no se deban a razones prevenibles o corregibles y que producen tanto sufrimiento o disfunción como para poner en riesgo a la persona o a otros.

Cuando se consideren necesarios, las benzodiazepinas son fármacos ansiolíticos comunes para las personas mayores. Los depresores del SNC pueden incluir benzodiazepinas de acción rápida (p. ej., alprazolam, estasolam, lorazepam, oxazepam y temazepam) y benzodiazepinas de acción prolongada (p. ej., clordiazeoixida, clonazepam, diazepam, flurazepam y cuazepam). Es más probable que los individuos mayores presenten efectos secundarios, entre ellos: mareo, marcha inestable, somnolencia, dificultades para hablar y confusión. Aunque menos frecuentes, otros efectos secundarios podrían incluir cólicos abdominales o estomacales, aumento de la frecuencia cardíaca, incremento de la sudoración, sensibilidad a la luz, convulsiones y alucinaciones. Algunos pacientes experimentan insomnio, irritabilidad y nerviosismo después de suspender estos medicamentos.

Como las benzodiazepinas están en la lista de Beers de medicamentos no apropiados para mayores, deben usarse con mucha precaución y normalmente sólo hasta que hayan empezado a actuar los medicamentos de acción más lenta.

No se recomienda la administración de meprobamato, difenhidramina e hidroxina a personas mayores. Los pacientes que han tomado meprobamato durante períodos prolongados pueden volverse física y psicológicamente dependientes del medicamento y deben suspenderlo de manera gradual.

Las pautas enfermeras para adultos mayores que toman ansiolíticos incluyen lo siguiente:

- Asegurarse de que se hayan probado otros métodos antes de que se prescriba un fármacos ansiolítico. Incluso cuando se haya intentado estos métodos con anterioridad, deben reintentarse.
- Recomendar a los pacientes que cambien de posición con lentitud y que eviten manejar automóviles y operar maquinaria para la que sea necesario estar mentalmente alerta y con reflejos rápidos.
- Enseñar a los pacientes a incorporar alimentos en su dieta que promuevan la eliminación porque estos medicamentos pueden causar estreñimiento. Supervisar la evacuación.
- Vigilar el estado nutricional y el peso para asegurar que no se ponga en peligro la ingesta de alimentos debido a letargo o molestia gastrointestinal.
- Recomendar precaución en el consumo de toronja; esta fruta puede aumentar la concentración de estos fármacos.
- Advertir a los pacientes que son necesarios varios días de administración antes de que se noten los efectos clínicos del medicamento y que los efectos podrían continuar durante varios días después de suspenderlo.
- Evitar las bebidas alcohólicas cuando se tomen estos medicamentos y limitar la cafeína.
- Estar alerta a las interacciones:
  - Los ansiolíticos pueden aumentar los efectos de los anticonvulsivos, antihipertensivos, anticoagulantes orales y otros depresores del SNC.
  - Los antidepresivos tricíclicos pueden aumentar los efectos de los ansiolíticos.
  - El diazepam puede aumentar los efectos de la digoxina y la fenitoína, y producir toxicidad; el diazepam puede disminuir los efectos de la levodopa.

Antidepresivos

La incidencia de la depresión aumenta con la edad, lo que contribuye a que sea el diagnóstico psiquiátrico principal en personas mayores. La depresión podría ser un problema con el que algunos mayores han batallado durante toda su vida o un nuevo síntoma en respuesta a las circunstancias de la vida que deben afrontar.

Hay muchas clases diferentes de antidepresivos disponibles: receptores adrenérgicos β (p. ej., mirtazapina), compuestos inhibidores de la recaptación de dopamina (p. ej., bupropión), inhibidores de la monoaminoxidasa, antiserotonínicos (receptor de la 5-HT; p. ej., nefazodona y trazodona), inhibidores selectivos de la

recaptación de serotonina-norepinefrina (p. ej., duloxetina y venlafaxina), inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS; p. ej., citalopram, escitalopram, fluoxetina, fluvoxamina, paroxetina y sertralina) y anti-depresivos tricíclicos. De éstos, los ISRS tienden a ser bien tolerados y eficaces en personas mayores y no suelen causar cardiotoxicidad, hipotensión ortostática o efectos anticolinérgicos, que se experimentan con frecuencia con los antidepresivos tricíclicos. Citalopram, sertralina y escitalopram tienen menos interacciones medicamentosas. Aunque son populares, los antidepresivos tricíclicos producen efectos secundarios que pueden representar riesgos para los mayores, como efectos anticolinérgicos, hipotensión ortostática y arritmias, sobre todo en pacientes con enfermedades cardiovasculares.

Las pautas enfermeras para los adultos mayores que toman antidepresivos incluyen lo siguiente:

- Valorar los factores que contribuyen a la depresión. En algunas situaciones, obtener ayuda económica, recibir terapia de duelo, unirse a un grupo y otras actividades pueden mejorar la causa de la depresión y disminuir o eliminar la necesidad de tomar medicamentos.
- Explorar el uso de otros tratamientos además de los antidepresivos para mejorar el humor.
- Asegurarse de que se administre la menor dosis eficaz para reducir el riesgo de efectos adversos.
- Advertir a los pacientes que a menudo se requieren varias semanas de tratamiento para empezar a notar mejoras.
- Vigilar las concentraciones del medicamento en la sangre. Estar consciente de que podrían ser necesarios ajustes en la dosis.
- Estar atento, preguntar e informar los efectos secundarios, como diaforesis, retención urinaria, indigestión, estreñimiento, hipotensión, visión borrosa, dificultad para la micción, aumento del apetito, ganancia de peso, fotosensibilidad y fluctuación en los niveles de glucosa en la sangre.
- El mareo, la somnolencia y la confusión que pueden experimentar los individuos mayores podría aumentar el riesgo de caídas, por lo que es necesario tomar precauciones especiales.
- Es posible que la boca seca sea un molesto efecto secundario de estos fármacos. Recomendar a los pacientes que ingieran mentas sin azúcar, trozos de hielo o sustituto de saliva para mejorar este síntoma. Supervisar cuidadosamente la salud bucal porque la boca seca eleva el riesgo de enfermedades dentales.
- Algunos antidepresivos tienen que suspenderse de forma gradual. Recomendar a los pacientes que no dejen de tomar los medicamentos de manera brusca.
- Observar si empeoran los síntomas de depresión en los pacientes o si presentan pensamientos o conducta suicida; avisar inmediatamente al médico de ésto.
- Estar alerta a las interacciones:
  - Los antidepresivos pueden aumentar los efectos de los anticoagulantes, fármacos similares a atropina, antihistamínicos, sedantes, tranquilizantes, narcóticos y levodopa.

- Los antidepresivos pueden disminuir los efectos de clonidina, fenitoína y varios antihipertensivos.
- Alcohol y diuréticos tiacídicos pueden aumentar los efectos de los antidepresivos.
- El bupropión puede aumentar el riesgo de convulsiones.

Antipsicóticos

Los medicamentos antipsicóticos a menudo se usan para tratar a los adultos mayores con delirio, ansiedad y psicosis por enfermedad de Alzheimer y esquizofrenia. La eficacia de los antipsicóticos para controlar los síntomas ha permitido a muchos individuos mejorar su calidad de vida y funcionar; sin embargo, estos fármacos pueden tener efectos adversos profundos que hacen necesario que se prescriban con precaución y bajo supervisión estrecha.

Hay dos tipos principales de medicamentos anti-psicóticos:

- *Medicamentos de primera generación (convencionales/típicos):*
  - Clorpromazina (Thorazine).
  - Flufenazina (Prolixin).
  - Haloperidol (Haldol).
  - Loxapina (Loxitane).
  - Molindona (Moban).
  - Perfenazina (Trilafon).
  - Pimozida (Orap).
  - Tioridazina (Mellaril).
  - Tiotixeno (Navane).
  - Trifluoperazina (Stelazine).
- *Medicamentos de segunda generación (atípicos):*
  - Aripiprazol (Abilify).
  - Clozapina (Clozaril).
  - Fluoxetina y olanzapina (Symbyax).
  - Olanzapina (Zyprexa).
  - Paliperidona (Invenga).
  - Quetiapina (Seroquel).
  - Risperidona (Risperdal).
  - Ziprasidona (Geodon).

Como se pensaba que tenían menos riesgo de producir efectos adversos y mayor tolerancia, los anti-psicóticos atípicos reemplazaron en gran medida a los convencionales/típicos. Sin embargo, se ha encontrado que los antipsicóticos atípicos tienen su propio grupo de efectos secundarios que resultan preocupantes para el cuidado geriátrico, como hipotensión postural, sedación y caídas. La FDA determinó que el tratamiento de los trastornos de conducta en los pacientes mayores con demencia con fármacos antipsicóticos atípicos o de segunda generación se relaciona

con un aumento de problemas cardiovasculares adversos y mortalidad, y emitió una advertencia *black box* para estos medicamentos (U.S. Food and Drug Administration, 2005). Estos fármacos sólo deben usarse para el tratamiento de la esquizofrenia y no para los trastornos de conducta que se vinculan con las demencias.

Los graves riesgos asociados con estos medicamentos y la escasez de estudios clínicos con fármacos psicotrópicos en la población mayor en general y en pacientes con demencia en particular (Jeste y cols.,) hacen necesario recurrir a intervenciones no farmacológicas antes de iniciar la terapéutica con medicamentos. Las intervenciones no farmacológicas pueden incluir abordar los factores que contribuyen con los síntomas, modificaciones ambien-tales, intervenciones conductuales y el tratamiento de otras enfermedades.

Las pautas enfermeras para las personas mayores que toman antipsicóticos incluyen lo siguiente:

- Asegurarse de que los pacientes reciban una exhaustiva evaluación de salud física y mental antes de prescribir cualquier medicamento antipsicótico.
- Siempre que sea posible, intentar otras intervenciones para tratar los síntomas antes de usar antipsicóticos.
- Los antipsicóticos deben usarse para el tratamiento de trastornos específicos y no como un medio para controlar la conducta. Administrar antipsicóticos para controlar el comportamiento puede considerarse restringir químicamente a los pacientes.
- Los medicamentos tienen una semivida más larga en los individuos mayores; verificar que al inicio se administre la menor dosis posible.
- Los mayores son más sensibles a los *efectos anticolinérgicos* de estos medicamentos: boca seca, estreñimiento, retención urinaria, visión borrosa, insomnio, ansiedad, fiebre, confusión, desorientación, alucinaciones, agitación y rascado compulsivo. También tienen mayor riesgo de desarrollar síntomas *extrapiramidales*: discinesia tardía, parkinsonismo, acinesia y distonía. Observar e informar estos síntomas de inmediato.
- Los pacientes que toman antipsicóticos tienen un mayor riesgo de caídas debido a los efectos hipotensivos y sedantes. Implementar medidas de prevención de caídas para estos individuos.
- El estreñimiento es un efecto secundario común de los antipsicóticos. Recomendar a los pacientes que incluyan en su dieta fibra y otros alimentos que promuevan la evacuación normal y supervisarla.
- Los hombres con hipertrofia prostática pueden desarrollar dificultad para empezar a orinar y retención cuando toman antipsicóticos. Se recomienda a los pacientes y a quienes los cuidan que vigilen síntomas urinarios y reporten los cambios de inmediato.
- Se recomienda descontinuar de manera gradual de estos medicamentos en lugar suspenderlos bruscamente.
- La respuesta a estos medicamentos puede variar en muchos individuos mayores, lo que hace necesaria la vigilancia estrecha.

- Estar alerta a las interacciones:
  - Anticolinérgicos, fenitoína y antiácidos pueden reducir los efectos de los antipsicóticos.
  - Los antipsicóticos pueden aumentar los efectos de los sedantes y antihipertensivos, y disminuir los efectos de la levodopa
  - El alcohol puede incrementar la acción sedante y los efectos depresivos de estos medicamentos en la función cerebral.

Sedantes hipnóticos

Los hipnóticos y los sedantes con frecuencia se recetan a las personas mayores para tratar el insomnio, la inquietud nocturna, la ansiedad, la confusión y los trastornos relacionados. La dosis determinará si un mismo medicamento tendrá efectos hipnóticos o sedantes.

En general, el hidrato de cloral, la difenhidramina, el flurazepam, la hidroxizina, el cuazepam y el triazolam no son fármacos de elección para tratar el insomnio en personas mayores (McSpadden y Yale, 2006).

Ya que puede desarrollarse tolerancia a los sedan-tes con el uso prolongado, es necesaria la evaluación continua de su eficacia. No es inusual que se presenten inquietud, insomnio y pesadillas después de suspender los sedantes.

Las pautas enfermeras para los mayores que toman sedantes/hipnóticos incluyen lo siguiente:

- Antes de usar estos medicamentos, evaluar los factores que contribuyen al insomnio. Ajustar la iluminación o la temperatura ambiental, controlar el ruido, eliminar la cafeína, aumentar la actividad física, aliviar el dolor, el masaje de espalda y controlar los síntomas de las enfermedades pueden mejorar el sueño y eliminar la necesidad de un sedante.
- Vigilar cuidadosamente a los pacientes que estén tomando sedantes porque el riesgo de caídas y fracturas se incrementa.
- Estar alerta a las interacciones:
  - Los sedantes e hipnóticos pueden aumentar los efectos de los anticoagulantes orales, antihistamínicos y analgésicos, y disminuir los efectos de la cortisona y los corticoides.
  - Alcohol, antihistamínicos y fenotiacínicos pueden aumentar los efectos de los sedantes e hipnóticos.

Hay otros grupos de medicamentos que los mayores pueden usar. Es ventajoso aprender acerca de los medicamentos antes de administrarlos, entender el impacto que fármacos específicos pueden tener en las personas mayores, enseñar a los adultos mayores a usar un medicamento de manera segura y supervisar de forma regular los efectos secundarios y las reacciones adversas.

LLEVANDO LA INVESTIGACIÓN A LA VIDA

CREENCIAS ACERCA DE LOS MEDICAMENTOS Y

ADHEREN CIA A LOS ANTIHIPERTENSIVOS ENTRE LAS PERSONAS MAYORES: UN ESTUDIO PILOTO

Ruppar, T.M., Dobbels, F. & DeGeest, S. (2012). Geriatric Nursing, 33(2), 89-95.

Muchos individuos mayores necesitan tratamiento antihipertensivo para reducir el riesgo de infarto de miocardio, accidente cerebrovascular, insuficiencia cardíaca y enfermedades renales; sin embargo, la adherencia a los medicamentos tiende a ser baja en esta población. Como las creencias son indicadores de la conducta, el estudio buscó explorar esta área. En el pasado, la mayoría de los estudios que investigaron la relación entre las creencias acerca de los medicamentos y la adherencia a los mismos utilizó datos de autoinformes, lo que se cree que subestima los problemas de adherencia; además, pocos se han enfocado en las creencias acerca de los medicamentos en adultos mayores con hipertensión. Este estudio usó el Beliefs About Medicines Questionnaire para medir las creencias y la monitorización electrónica para medir la adherencia.

Los participantes debían tener 60 años o más, un diagnóstico autorreferido de hipertensión, estar tomando antihipertensivos que ellos mismos se administran, estar cognitivamente sanos y ser capaces de leer y escribir en inglés. Los participantes seleccionados tenían una media de edad de 74 años, 79% lo constituyeron mujeres, 79% era de raza caucásica, 58% tenía educación universitaria y 27% había terminado la preparatoria; el tiempo referido con hipertensión iba de los 9 meses a los 50 años.

Los hallazgos confirmaron los de los estudios anteriores en el sentido de que los mayores con creencias negativas acerca de los medicamentos tenían mayores problemas de adherencia. Sus preocupaciones se centraban en dependencia de los fármacos, efectos a largo plazo y perturbaciones en el estilo de vida.

Este estudio demuestra la importancia de valorar la comprensión y las creencias de los pacientes acerca del impacto de sus medicamentos en el momento en que se les prescriben y después de manera periódica. Las ideas equivocadas en relación con los efectos de los fármacos tienen que identificarse y aclararse, y deben darse explicaciones de los riesgos y beneficios de los medicamentos.

REALIDADES PRÁCTICAS

La Sra. Hernández, una mujer de 83 años que vive sola en la comunidad, es paciente de un consultorio médico donde, a menos de que surja una situación grave, su médico suele verla cada 6 meses. Ella toma seis medicamentos de prescripción diferentes para la hipertensión, el glaucoma y la osteoporosis.

En su consulta médica de hoy, cuando la enfermera le tomó los signos vitales, su presión arterial fue de 190/165. Cuando entró el médico y volvió a tomarle la presión 15 min después era de 180/160. El médico le preguntó si

había estado tomando su antihipertensivo y su diurético, y ella dijo que sí. «De hecho», dijo la Sra. Hernández, «corro al baño toda la noche para orinar».

El médico cambió el hipertensivo a la Sra. Hernández por un medicamento más potente y salió de la habitación.

¿Qué debió hacerse diferente antes de prescribir el nuevo medicamento? ¿Qué pudo haber hecho la enfermera para ayudar a la Sra. Hernández en esta situación?

EJERCICIOS DE PENSAMIENTO CRÍTICO

1 Enumerar cambios relacionados con la edad que afectan el comportamiento de los fármacos en las personas mayores.

2 ¿Qué puntos clave incluiría un programa para educar a los mayores acerca del uso seguro de medicamentos?

3 ¿Qué intervenciones podrían emplearse para ayudar a un individuo mayor con mala memoria a tomar sus medicamentos de manera segura?

4 Revisar los principales grupos de medicamentos e identificar aquellos dirigidos a problemas que potencialmente podrían tratarse por medios no farmacológicos.

REFERENCIAS

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC: Author.

Beers, M. H. (1997). Explicit criteria for determining potentially inappropriate medication use by the elderly. *Archives of Internal Medicine, 157*, 1531–1536.

Beers, M. H., Ouslander, J. G., Rollingher, J., Reuben, D. B., & Beck, J. C. (1991). Explicit criteria for determining inappropriate medication use in nursing home residents. *Archives of Internal Medicine, 151*, 1825–1832.

Fick, D. M., Cooper, J. W., Wade, W. E., Waller, J. L. Maclean, J. R., & Beers, M. H. (2003). Updating the Beers criteria for potentially inappropriate medication use in older adults. Results of a U.S. consensus panel of experts. *Archives of Internal Medicine, 163*(22), 2716–2724.

Gorard, D. A. (2006). Escalating polypharmacy. *QJM.99*(11), 797–800.

Jeste, D. V., Blazer, D., Casey, D., Meeks, T. Salzman, C., Schneider, L., Yaffe, K., et al. (2007). ACNP White Paper: Update on use of antipsychotic drugs in elderly persons with dementia. *Neuropsychopharmacology, 18*, 1–14. Retrieved August 1, 2012 from http://www.neuropsychopharmacology.org

Kaufman, D. W., Kelly, J. P., Rosenberg, L., Anderson, T. E., & Mitchell, A. A. (2002). Recent patterns of medication use in the ambulatory adult population of the United States: The Slone survey. *Journal of the American Medical Association, 287*(3), 337–344.

McSpadden, C. S., & Yale, S. (2006). *Unnecessary medications in the elderly. A guide to improving therapeutic outcomes* (pp. 7–28). Miamisburg, OH: MED-PASS Inc.

Page, R. L., II, & Ruscin, J. M. (2007). The risk of adverse drug events and hospital-related morbidity and mortality among older adults with potentially inappropriate medication use. *American Journal of Geriatric Pharmacotherapy, 4*(4), 297–305.

Patel, R. B. (2003). Polypharmacy and the elderly. *Journal of Infusion Nursing, 26*(3), 166–169.

Skufca, L. (2007). *Are Americans age 45+ using drugs wisely: A 2006 study research report.* Washington, DC: AARP.

The American Geriatrics Society 2012 Beers Criteria Update Expert Panel. (2012). The American Geriatrics Society Updated Beers Criteria for potentially inappropriate medication use in older adults. *Journal of the*

American Geriatrics Society, 60(4), 616–631.

U.S. Food and Drug Administration. (2005). FDA public health advisory: Deaths from antipsychotics in elderly patients with behavioral disturbances. Retrieved October 7, 2012 from http://www.fda.gov/Drugs/DrugSafety/PostmarketDrugSafetyInformationforPatientsandProviders/DrugSaf

LECTURAS RECOMENDADAS

Las lecturas recomendadas relacionadas con este capítulo pueden encontrarse en el sitio web que acompaña al libro. Visítese **http://thepoint.lww.com/espanol-Eliopoulos8e** paraacceder a las lecturas recomendadas y otros recursos adicionales vinculados con este capítulo.

UNIDAD 5

Facilitar el balance fisiológico

19 Respiración
20 Circulación
21 Digestión y evacuación
22 Micción
23 Salud del aparato reproductor
24 Movimiento
25 Funcionamiento neurológico
26 Percepción

27 Funcionamiento endocrino
28 Funcionamiento tegumentario
29 Funcionamiento inmunitario

CAPÍTULO 19

Respiración

RESUMEN DEL CAPÍTULO

Efectos del envejecimiento en la salud respiratoria

Fomento de la salud respiratoria

Enfermedades respiratorias seleccionadas

- Enfermedad pulmonar obstructiva crónica.
- Cáncer de pulmón.
- Absceso pulmonar.

Consideraciones enfermeras generales para las enfermedades respiratorias

- Reconocimiento de los síntomas.
- Prevención de complicaciones.

Verificación de la administración segura de oxígeno

- Realización del drenaje postural.
- Promoción de la tos productiva.
- Uso de terapias complementarias.
- Promoción del autocuidado.
- Infundir ánimo.

La salud respiratoria es vital para la capacidad de las personas mayores para mantener una vida física, mental y socialmente activa. Puede hacer la diferencia entre que una persona maximice las oportunidades de vivir la vida y que

esté demasiado cansada e incómoda para salir de los confines de su hogar. Una vida entera de agravios al sistema respiratorio por el tabaquismo, la contaminación y las infecciones hacen mella en la edad avanzada, y determinan que la enfermedad respiratoria sea una de las causas principales de discapacidad y la cuarta causa principal de muerte en personas mayores de 70 años. Sin embargo, las prácticas positivas de salud para promover la respiración efectiva pueden beneficiar la salud respiratoria a cualquier edad y minimizar las limitaciones impuestas por problemas respiratorios.

OBJETIVOS DE APRENDIZAJE

Después de estudiar este capítulo, el lector será capaz de:

1. Enumerar el impacto de los cambios relacionados con la edad en la salud respiratoria.
2. Describir medidas para promover la salud respiratoria en adultos mayores.
3. Identificar los riesgos, síntomas y consideraciones de cuidado vinculados con enfermedades respiratorias seleccionadas.
4. Describir los procedimientos que pueden ayudar a prevenir complicaciones y promover el autocuidado en personas mayores con enfermedades respiratorias.

CONCEPTOS BÁSICOS

Capacidad pulmonar total: volumen máximo al que pueden expandirse los pulmones durante la inspiración completa.

Capacidad vital: cantidad máxima de aire que puede espirarse después de una inspiración completa.

Cifosis: curvatura de la columna vertebral que provoca el encorvamiento de la parte superior de la columna.

Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC): grupo de enfermedades que incluye asma, bronquitis crónica y enfisema.

Retracción elástica: capacidad de los pulmones para expandirse y contraerse.

EFECTOS DEL ENVEJECIMIENTO EN LA SALUD RESPIRATORIA

Los efectos del envejecimiento crean una situación en la que pueden desarrollarse problemas respiratorios más fácilmente y ser más difíciles de tratar. Los cambios en el sistema respiratorio se observan en la vía respiratoria superior. La nariz experimenta cambios en el tejido conjuntivo que reducen el apoyo y pueden causar desviaciones del tabique nasal que interfieren en el paso del aire. Las secreciones reducidas de la glándula submucosa ocasionan que el moco en la nasofaringe sea más

espeso y difícil de excretar; esto también puede provocar un cosquilleo crónico en la garganta y tos. Aunque pueda parecer una consideración menor, el pelo en las fosas nasales se engruesa con la edad y podría acumular una mayor cantidad de polvo y partículas durante la inspiración. A menos que estas partículas se retiren y que las fosas nasales se mantengan sin obstrucciones, puede haber una interferencia en la inspiración normal de aire. Es posible que sonarse la nariz y la manipulación leve con pañuelos desechables eliminen adecuadamente estas partículas de las fosas nasales. Cuando las partículas son difíciles de retirar, un aplicador con punta de algodón humedecido con agua tibia o solución salina tal vez ayude a aflojarlas. Es necesario tener precaución y no insertar el aplicador con punta de algodón muy dentro en la nariz porque es fácil causar un traumatismo. Debe comunicarse al médico cualquier obstrucción nasal difícil de eliminar.

La tráquea se endurece debido a la calcificación de su cartílago. La tos se reduce como resultado de disminución de los reflejos laríngeos y tusígeno.

Con la edad, los pulmones se reducen en tamaño y peso. Algunos de los tejidos conjuntivos encargados de la respiración y la ventilación son más débiles. La retracción elástica de los pulmones durante la espiración disminuye porque el colágeno y la elastina son menos flexibles y la espiración necesita del uso activo de músculos accesorios. Los alvéolos son menos elásticos, desarrollan tejido fibroso y tienen menos capilares funcionales. La pérdida de fuerza del músculo esquelético en el tórax y el diafragma, combinada con la pérdida de la fuerza de resistencia que mantiene el tórax en una posición levemente contraída, contribuye a la ligera cifosis y el tórax en tonel que se observan en muchos mayores. El efecto neto de estos cambios es una reducción de la capacidad vital y un aumento del volumen residual; en otras palabras, menos intercambio de aire y más aire y secreciones restantes en los pulmones.

Además, los cambios relacionados con la edad que no tienen que ver con el sistema respiratorio pueden afectar la salud respiratoria en formas considerables. Una reducción de los líquidos corporales y un aporte hídrico reducido pueden ocasionar membranas mucosas más secas, que impiden la eliminación de moco y facilitan el desarrollo de tapones de moco e infecciones. Las sensaciones alteradas del dolor pueden hacer que las señales de problemas respiratorios pasen inadvertidas o se confundan con trastornos no respiratorios. Es factible que las diferentes pautas de temperatura corporal causen fiebre en niveles atípicamente bajos, que podrían no percibirse y permitir que las infecciones respiratorias progresen y no se traten a tiempo. Los dientes flojos y frágiles pueden caer o romperse, causando abscesos pulmonares e infecciones por la aspiración de fragmentos de diente. Los esfínteres relajados y la motilidad gastrointestinal más lenta contribuyen aún más al riesgo de aspiración. La discapacidad física, la inactividad y los efectos secundarios de los muchos medicamentos que las personas mayores toman pueden disminuir la actividad respiratoria, favorecer infecciones, interferir con la detección temprana y complicar el tratamiento de los problemas respiratorios. La tabla Diagnóstico enfermero 19-1 enumera los riesgos relacionados con el envejecimiento. Una valoración inteligente es esencial para reducir la morbimortalidad que se vincula con estas afecciones (Guía de valoración 19-1).

CONCEPTOS CLAVE

Los pedazos de diente frágil pueden romperse, aspirarse y causar problemas respiratorios. Esto refuerza la importancia de la buena salud bucal y el cuidado dental en los últimos años de vida.

FOMENTO DE LA SALUD RESPIRATORIA

El alto riesgo de padecer enfermedades respiratorias que todas las personas mayores presentan justifica la incorporación de medidas preventivas en todos los planes de cuidados. La prevención de infecciones es un componente importante. Además de las precauciones que cualquier adulto debe tener, las personas mayores tienen que poner especial atención en vacunarse contra la gripe y la neumonía, y evitar el contacto con individuos que tengan infecciones respiratorias (*v.* en el capítulo 30 para una exposición acerca de la gripe y la neumonía).

Además de las prácticas básicas de salud, también es importante prestar especial atención a fomentar la actividad respiratoria. Las enfermeras deben enseñar a todos los mayores a realizar ejercicios de respiración varias veces al día (fig. 19-1). Teniendo en mente que la espiración completa es más difícil que la inspiración para los individuos mayores, estos ejercicios deben enfatizar una relación inspiración/espiración de 1:3. Para ayudar a que estos ejercicios se conviertan en una rutina deben asociarse con otras rutinas, como antes de cada comida o cada vez que la persona se sienta a ver las noticias. Incluso la gente activa y saludable se beneficia al incluir estos ejercicios en sus actividades diarias. El yoga es otra práctica que puede ayudar a la respiración.

DIAGNÓSTICO ENFERMERO

TABLA 19-1 Envejecimiento y riesgos para la respiración adecuada

Causas o factores contribuyentes	Diagnóstico enfermero
Retracción elástica pulmonar disminuida durante la espiración	Perfusión tisular inefectiva Patrón respiratorio ineficaz
Incremento de la capacidad residual	Patrón respiratorio ineficaz
Disminución de la capacidad respiratoria máxima	Limpieza ineficaz de las vías respiratorias
Distensión de los ápices pulmonares y bajo nivel de inflado de las bases pulmonares	Perfusión tisular inefectiva
Reducción del número y la elasticidad de los alvéolos	Intolerancia a la actividad relacionada con eficacia respiratoria disminuida
Calcificación del cartílago de la tráquea y la laringe	Limpieza ineficaz de las vías respiratorias
Disminución de la capacidad vital Actividad ciliar reducida Incremento del diámetro de los bronquiolos y los conductos alveolares Pérdida de fuerza del músculo esquelético en tórax y diafragma Aumento de la rigidez en músculos torácicos y costillas Incremento del diámetro del tórax anteroposterior Respuesta menos eficaz de la tos	Riesgo de infección

GUÍA DE VALORACIÓN 19-1
FUNCIÓN RESPIRATORIA

OBSERVACIONES GENERALES

Puede determinarse mucho respecto al estado del sistema respiratorio mediante la observación cuidadosa de lo siguiente:

- *Color:* el color de cara, cuello, extremidades y lechos ungueales puede indicar el estado respiratorio. Con frecuencia se presentan complexiones rosas rojizas con el enfisema y se asocian con hipoxia, que es causada por un alto nivel de dióxido de carbono en la sangre que inhibe la neurotransmisión involuntaria de la protuberancia al diafragma para la inspiración. En presencia de bronquitis crónica, los pacientes pueden presentar una coloración azul o gris secundaria a la falta de oxígeno que se fija a la hemoglobina.
- *Estructura torácica y postura:* con la edad, el diámetro del tórax anteroposterior aumenta de manera considerable en presencia de enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC). Notar las curvaturas espinales anómalas (p. ej., cifosis, escoliosis y lordosis).
- *Patrón respiratorio:* observar el pecho en busca de expansión simétrica durante la respiración, así como profundidad, velocidad, ritmo y duración de las respiraciones. La disminución de la expansión del pecho puede deberse a dolor, costillas fracturadas, émbolos pulmonares, derrame pleural o pleuritis. Pedir al paciente que cambie de postura, camine y tosa para ver si estas actividades producen algún cambio.

ENTREVISTA

Algunas personas mayores pueden hacer declaraciones poco fiables acerca de sus síntomas respiratorios anteriores o se han acostumbrado tanto a vivir con ellos que ya no los consideran inusuales. Preguntas específicas como las siguientes pueden ayudar a revelar trastornos:

- «¿Alguna vez tiene sibilancias, dolor torácico o un sentimiento de pesantez en el pecho?».
- «¿Con qué frecuencia padece resfriados? ¿Tiene resfriados recurrentes? ¿Cómo los trata?».
- «¿Qué tan lejos puede caminar? ¿Cuántos escalones puede subir antes de quedarse sin aliento?».
- «¿Tiene algún problema respiratorio cuando hace frío o calor?».
- «¿Con cuántas almohadas duerme? ¿Alguna vez lo despiertan los problemas respiratorios (p. ej., tos y falta de aliento)?».
- «¿Cuánto tose durante el día? ¿Durante una hora? ¿Puede controlarlo?».
- «¿Tiene esputo, flemas o moco cuando tose? ¿Cuánto? ¿De qué color? ¿Su consistencia es de agua, clara de huevo o mermelada?».
- «¿Cómo se trata los problemas respiratorios? ¿Con qué frecuencia emplea jarabes para la tos, pastillas para la tos, inhaladores, vapores, pomadas o ungüentos?».
- «¿Alguna vez fumó? Si es así, ¿durante cuánto tiempo y cuándo lo dejó? ¿Cuántos cigarros o cigarrillos fuma al día? ¿La gente con la que vive o con la que pasa mucho tiempo fuma?».
- «¿Qué tipo de empleos ha tenido durante su vida? ¿Alguno en fábricas o plantas de productos químicos?»
- «¿Vive o ha vivido cerca de fábricas, campos o áreas con mucho tránsito?».

Las preguntas más específicas aumentan las probabilidades de obtener antecedentes más exactos y completos de los factores relacionados con la salud respiratoria. También deben verificarse y documentarse las fechas de las vacunas de gripe y neumonía.

EXPLORACIÓN FÍSICA

- Palpar la parte posterior del tórax para evaluar la profundidad de las respiraciones, el grado de movimiento torácico y la presencia de masas o dolor. Normalmente hay movimiento bilateral durante la respiración y reducción de la expansión de la base los pulmones. Las vibraciones vocales se perciben mejor en los lóbulos superiores; el aumento de las vibraciones en los lóbulos inferiores ocurre con la neumonía y las masas. La EPOC y el neumotórax pueden causar falta de vibración en los lóbulos superiores.
- La percusión de los pulmones debe producir un sonido reverberante. Su auscultación debe reflejar sonidos respiratorios bronquiales, vesiculares y broncovesiculares normales; los crujidos, ronquidos y sibilancias son hallazgos anómalos.

Revisar los datos de la valoración para establecer diagnósticos enfermeros reales y potenciales que puedan usarse para guiar el plan de cuidados.

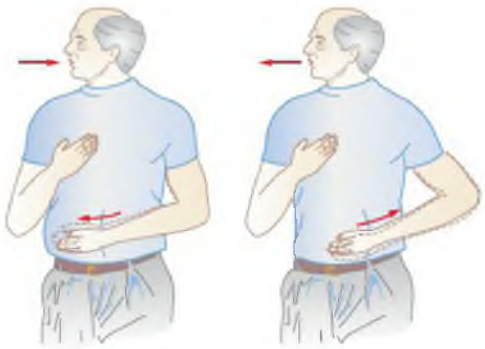


FIGURA 19-1 ■ Los ejercicios de respiración deben enfatizar la espiración forzada. **(A)** Con una mano en el estómago (debajo de las costillas) y la otra sobre la parte media del pecho, el paciente debe inhalar a la cuenta de uno. La mano que está sobre el estómago debe moverse hacia afuera mientras que el diafragma y estómago se mueven hacia abajo; la mano que está sobre el pecho no debe moverse. **(B)** Espirar aire a la cuenta de tres. La mano que está sobre el estómago debe atraerse más cerca del cuerpo mientras el diafragma y el estómago se mueven hacia arriba; la mano que está sobre el pecho no debe moverse.

PARA REFLEXIONAR

Tome unos minutos para relajarse, cierre los ojos y realice ejercicios de respiración profunda. ¿Qué efectos tiene esto en su cuerpo, mente y espíritu? ¿Cómo podrían beneficiarle estos ejercicios si los hiciera varias veces al día?

Como fumar es el factor más importante que contribuye a las enfermedades respiratorias, dejar de fumar es una medida importante de fomento de la salud. Muchos fumadores mayores empezaron ese hábito en un momento en el que aún no se conocían todos los efectos de fumar y el tabaquismo se consideraba a la moda, sociable y sofisticado. Aunque los fumadores pueden ser conscientes de los riesgos para la salud derivados de fumar, es un hábito extremadamente difícil de romper.

Fumar tiene importantes efectos en el sistema respiratorio, incluidos broncoconstricción, obstrucción de las vías respiratorias, actividad ciliar reducida, inflamación de la mucosa y aumento de secreciones mucosas y tos. Los efectos sobre la salud respiratoria pueden ser tan sutiles y graduales al principio, que no se detectan. Desafortunadamente, para el momento en que los signos y síntomas se vuelven evidentes, puede haber ocurrido un daño considerable al sistema respiratorio que los cambios relacionados con la edad agravan. Los fumadores tienen el doble de incidencia de cáncer de pulmón, una mayor incidencia de todas las enfermedades respiratorias y más complicaciones con problemas respiratorios, y por lo general sufren de tos productiva, disnea y disminución de la capacidad respiratoria. La nicotina también puede interactuar con los medicamentos. Aunque los mayores beneficios se obtienen al no empezar a fumar desde un principio, o dejarlo pronto, dejar de fumar es benéfico a cualquier edad. Las oficinas regionales de la American Lung Association, los departamentos de salud, las clínicas y las agencias comerciales

ofrecen una gran variedad de métodos para dejar de fumar que podrían ser útiles.

CONCEPTO CLAVE

El consumo del tabaco, en cualquier forma, acarrea un mayor riesgo de problemas de salud.

La inmovilidad es una de las principales amenazas para la salud pulmonar y los adultos mayores a menudo afrontan enfermedades que disminuyen su movilidad. La prevención de fracturas, dolor, debilidad, depresión y otros problemas que podrían disminuir la movilidad es un objetivo esencial. Los mayores, los miembros de su familia y los profesionales de la salud tienen que estar informados acerca de los muchos riesgos que se vinculan con la inmovilidad. Podría ser tentador para las personas mayores disminuir la actividad o para los miembros de la familia preocupados alentar a esa persona a que descanse en los días en los que la artritis u otros malestares son más molestos, a menos que se entienda que al hacerlo puede ocasionarse mayor malestar y discapacidad. Cuando la inmovilidad es inevitable, girar una vez cada hora, toser y realizar la respiración profunda fomentarán la actividad respiratoria; las bolsas respiratorias y equipo similar también pueden ser beneficiosos. Las personas que deben permanecer sentadas tal vez deban prestar la misma atención a la actividad respiratoria que quienes tienen que permanecer en cama para asegurar que sus pulmones están completamente expandidos.

Debe aconsejarse a las personas mayores que no se traten los problemas respiratorios ellos mismos. Muchos medicamentos de venta libre contra el resfriado y la tos pueden tener efectos graves e interactuar con otros medicamentos que se estén tomando. Es posible que estos fármacos también oculten síntomas de problemas graves y de ese modo retrasen su diagnóstico y tratamiento. Las personas mayores deben saber que un resfriado que dure más de una semana podría no ser un resfriado sino algo más serio que necesita atención médica.

Es importante revisar todos los medicamentos que los adultos mayores usen para comprobar el impacto que tengan en la respiración. La disminución del murmullo vesicular o la respiración rápida o superficial pueden ser causadas por muchos de los medicamentos que suelen prescribirse para tratar enfermedades geriátricas; incluyen analgésicos, antidepresivos, antihistamínicos, antiparkinsonianos, antiespasmódicos sintéticos, sedantes y tranquilizantes. Como siempre, cuando sea posible deben usarse alternativas a los medicamentos.

Los factores ambientales también influyen en la salud respiratoria. La ventilación indirecta en la habitación es mejor para los mayores porque son más susceptibles a las corrientes de aire; la fibrosis, que es común en la gente mayor, puede agravarse por el frío y las corrientes de aire. Se ha puesto mucha atención a contaminantes como ozono, monóxido de carbono y óxido de nitrógeno, que reducen la calidad del aire que respiramos en el exterior. Sin embargo, la contaminación del aire en interiores también puede afectar la salud respiratoria. Es posible que los materiales de construcción sintéticos y de plástico emitan gases; puede haber esporas, caspa de animales, ácaros, polen, yeso, bacterias y virus en el polvo doméstico; y el humo del

cigarrillo agrega monóxido de carbono y cadmio al aire en interiores. Las elecciones conscientes de reducir al mínimo la exposición a la contaminación del aire en los lugares donde se vive, trabaja y juega pueden ayudar a calmar un poco el estrés sobre el sistema respiratorio. Además, es posible mejorar la calidad del aire en interiores:

- Al instalar y mantener filtros de aire en sistemas de calefacción y aire acondicionado.
- Al aspirar con frecuencia (de preferencia con un sistema central de aspirado o una aspiradora de agua, que previenen que el polvo regrese a la habitación).
- Desempolvando los muebles con un trapo húmedo.
- Desalentando el tabaquismo.
- Abriendo las ventanas para airear las habitaciones.
- Manteniendo plantas verdes de interiores para purificar el aire.

Las enfermeras deben ayudar a las personas mayores a identificar y reducir las fuentes de contaminantes de interiores. Podrían compartir consejos de limpieza de la casa (p. ej., desempolvar con un trapo húmedo, airear las mantas y eliminar papel y objetos de tela almacenados innecesariamente); en algunas situaciones, ayudar a los mayores a localizar servicios de limpieza de la casa puede ser beneficioso para la mejora de su salud respiratoria.

PARA REFLEXIONAR

¿Qué fuentes de contaminación del aire puede identificar en su casa y trabajo? ¿Qué puede hacer para corregirlos?

Por último, algo que a menudo se pasa por alto en la prevención de los problemas respiratorios es la importancia de una cavidad bucal saludable. Las infecciones de la cavidad bucal pueden conducir a infecciones respiratorias o disminuir el apetito y facilitar un estado de mala salud. Como ya se mencionó, los dientes pueden caer o romperse, lo que quizá genere abscesos pulmonares, infecciones y la aspiración de fragmentos dentales. Las infecciones respiratorias podrían menguar si se extraen dientes flojos o enfermos.

En Razonamiento del diagnóstico enfermero: patrón respiratorio ineficaz se presentan algunas consideraciones para el fomento de la respiración efectiva.

ENFERMEDADES RESPIRATORIAS SELECCIONADAS

Enfermedad pulmonar obstructiva crónica

La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) representa un grupo de enfermedades que incluye una forma de asma, bronquitis crónica y enfisema. La incidencia de la EPOC es mayor en mujeres y fumadores.

Asma

Algunas personas mayores se ven afectadas por el asma durante toda su vida; otras la desarrollan en la vejez. Los síntomas y el tratamiento en los adultos mayores no difieren mucho de los de otros grupos de edad. Sin embargo, debido al estrés adicional que el asma pone sobre el corazón, los asmáticos de edad avanzada tienen un mayor riesgo de desarrollar complicaciones como bronquiectasia y problemas cardíacos. También tienen un mayor índice de mortalidad debido a esta enfermedad. Las enfermeras deben ayudar a detectar los factores causales (p. ej., emociones, respiración bucal e infecciones respiratorias crónicas) y educar al paciente respecto a la detección temprana y la atención rápida de un ataque de asma cuando suceda.

Se recomienda la valoración cuidadosa del uso de nebulizadores en aerosol con los pacientes asmáticos de edad avanzada. Debido a la dificultad que tienen algunas personas mayores para utilizar inhaladores, una cámara de inhalación o cámara espaciadora podrían ser de utilidad para permitir que el medicamento del inhalador penetre profundamente en los pulmones. Estos sistemas consisten en cámaras de aire que atrapan el medicamento o cámaras espaciadoras que se pliegan e inflan durante la inhalación y la espiración. Las instrucciones específicas se proporcionan con cada sistema. Es beneficioso para la enfermera revisar el uso de estos aparatos como parte de cada valoración de los pacientes que los utilizan.

Es importante tomar precauciones para evitar las reacciones adversas a los medicamentos. El uso excesivo de nebulizadores broncodilatadores simpaticomiméticos genera un riesgo de arritmias cardíacas que conducen a la muerte súbita. El cromolín sódico es uno de los medicamentos respiratorios menos tóxicos que pueden usarse, aunque tal vez sean necesarias varias semanas de tratamiento para observar sus beneficios. Muchos de los nuevos esteroides inhalados son efectivos y conllevan un menor riesgo de absorción sistémica y reacciones adversas que los esteroides más antiguos.

Bronquitis crónica

Muchas personas mayores presentan tos productiva persistente, sibilancias, infecciones respiratorias recurrentes y disnea secundaria a bronquitis crónica. Estos síntomas pueden desarrollarse de manera gradual; algunas veces hacen falta años para que se note todo el impacto de la enfermedad, cuando, debido a broncoespasmos, los pacientes notan cada vez más dificultad para respirar en climas fríos y húmedos. La enfermedad es resultado de inflamación recurrente y producción de moco en los bronquios, que, con el tiempo, producen congestión y cicatrización que limitan el flujo de aire. Los individuos con bronquitis crónica experimentan infecciones respiratorias más frecuentes y una mayor dificultad para tratarlas. Los episodios de hipoxia empiezan a suceder porque el moco obstruye el árbol bronquial y ocasiona retención de dióxido de carbono. Conforme la enfermedad progresa, puede desarrollarse enfisema y llevar a la muerte por obstrucción.

RAZONAMIENTO DEL DIAGNÓSTICO ENFERMERO

PATRÓN RESPIRATORIO INEFICAZ

Generalidades

En los últimos años de vida existe una alta prevalencia de enfermedades que limitan la capacidad para inflar los pulmones o vaciarlos de dióxido de carbono de forma adecuada. Signos como confusión, disnea, falta de aliento, gasometría arterial anómala, cianosis, respiración con los labios fruncidos, retracción de los músculos respiratorios durante la respiración y respiración superficial podrían relacionarse con este diagnóstico.

Factores causales o contribuyentes

Debilidad, fatiga, dolor, parálisis, inmovilidad, estado mental alterado y enfermedad respiratoria o enfermedades del aparato locomotor.

Objetivo

El paciente muestra un patrón respiratorio eficaz, está libre de signos de respiración ineficaz y su gasometría arterial es normal.

Intervenciones enfermeras

- Enseñar al paciente ejercicios respiratorios (*v.* fig. 19-1).
- Controlar los síntomas (p. ej., dolor) que pudieran amenazar la respiración eficaz.
- Levantar la cabeza de la cama al menos 30° cuando el paciente esté acostado, excepto si está contraindicado.
- Enseñar al paciente a girar, toser y respirar profundamente al menos una vez cada 2 h.
- Vigilar velocidad, profundidad y ritmo de las respiraciones; color; patrón de tos; gasometría; y estado mental.

El tratamiento de la bronquitis crónica, enfocado en eliminar las secreciones bronquiales y prevenir la obstrucción de las vías respiratorias, es similar en todos los grupos de edad. Los pacientes mayores podrían necesitar apoyo especial para mantener el aporte hídrico y para expectorar las secreciones. La enfermera puede ser más efectiva en prevenir el desarrollo de bronquitis crónica al desalentar la irritación respiratoria crónica, como la que resulta de fumar, y al ayudar a las personas mayores a prevenir las infecciones respiratorias.

PARA REFLEXIONAR

Las enfermedades relacionadas con el tabaquismo tienen un impacto no sólo en el individuo afectado, sino también en la sociedad en cuanto a los impactos en el cuidado de la salud. ¿Qué piensa usted acerca del impacto que representa para la sociedad la decisión personal de un individuo de fumar? ¿Qué incentivos podría utilizar la sociedad para desalentar esta conducta?

Enfisema

El enfisema se presenta con una incidencia cada vez mayor en la población de edad avanzada. Los factores que producen esta destructiva enfermedad incluyen bronquitis crónica, irritación crónica por polvo o algunos contaminantes presentes en el aire y

cambios morfológicos en los pulmones, como distensión de los sacos alveolares, rotura de las paredes alveolares y destrucción del lecho capilar alveolar. Fumar cigarrillos también tiene un papel principal en el desarrollo de enfisema. Los síntomas son lentos en el inicio y al principio pueden parecer cambios en el sistema respiratorio relacionados con la edad, lo que ocasiona que en muchos pacientes la identificación y el tratamiento de esta enfermedad sean tardíos. Se experimenta disnea de forma gradual, que no se mitiga al sentarse derecho como podría haber sucedido anteriormente. Se desarrolla tos crónica. Como es necesario un mayor esfuerzo para respirar y se produce hipoxia, se manifiestan fatiga, anorexia, pérdida de peso y debilidad. Entre las complicaciones con mayor potencial de mortalidad que pueden experimentar los mayores debido al enfisema se encuentran las infecciones respiratorias recurrentes, desnutrición, insuficiencia cardíaca congestiva y arritmias cardíacas.

El tratamiento suele incluir drenaje postural, broncodilatadores, evitar situaciones de estrés y ejercicios de respiración, que son una parte importante de la educación del paciente. El tabaquismo de cigarrillos debe suspenderse definitivamente. El paciente mayor podría no tener suficiente energía para consumir los alimentos y líquidos necesarios; las enfermeras necesitan valorar esto y hacer arreglos para realizar intervenciones alimentarias que faciliten la ingesta (p. ej., porciones pequeñas con mayor frecuencia y complementos alimentarios altos en proteína). Si se utiliza oxígeno, ha de hacerse con extrema precaución y supervisión cercana. Debe recordarse que para estos pacientes un nivel de oxígeno bajo en lugar de un nivel alto de dióxido de carbono estimula la respiración. El paciente mayor con enfisema es un candidato de alto riesgo para el desarrollo de narcosis por dióxido de carbono. Deben prevenirse las infecciones respiratorias y cuando ocurran, sin importar lo leves que parezcan, deben comunicarse de inmediato al médico. Los sedantes, hipnóticos y narcóticos podrían estar contraindicados porque el paciente será más sensible a estos medicamentos. Podría ser útil consultar con el médico con respecto a la posibilidad de una cirugía de reducción de volumen pulmonar (un procedimiento en el que se eliminan las porciones más gravemente afectadas del pulmón para permitir que los tejidos restantes y los músculos respiratorios trabajen mejor).

Los pacientes con enfisema necesitan una gran cantidad de educación y apoyo para ser capaces de manejar esta enfermedad. Puede ser difícil adaptarse a la presencia de una enfermedad crónica seria que necesita cuidados especiales o incluso un cambio de estilo de vida. El paciente tiene que aprender a moderar el ritmo de sus actividades, evitar el clima extremadamente frío, tomar sus medicamentos de manera correcta y reconocer los síntomas de una infección. En el Plan de cuidados enfermeros 19-1 se describe un modelo para el paciente con EPOC.

CONCEPTO CLAVE

El asma, la bronquitis crónica y el enfisema se agrupan en la categoría de enfermedad pulmonar obstructiva crónica porque tienen como resultado la obstrucción del flujo de aire.

Cáncer de pulmón

En la actualidad, la mayor parte de los casos de cáncer de pulmón sucede en pacientes mayores de 65 años. Los patrones generacionales en la prevalencia del tabaquismo son un factor de responsabilidad muy importante, aunque la mejora en los instrumentos de diagnóstico y el mayor número de individuos que sobrevive a edades avanzadas ciertamente tienen un papel en la alta incidencia de cáncer de pulmón en personas mayores. El cáncer de pulmón se presenta más en hombres, aunque la incidencia entre mujeres va en aumento. La incidencia y mortalidad del cáncer de pulmón son muy altas entre individuos de raza negra en comparación con las poblaciones blancas, hispanas y asiáticas (Centers for Disease Control and Prevention, 2012). Los fumadores de cigarrillos tienen el doble de incidencia que los no fumadores. También existe una alta incidencia en individuos que están expuestos de manera repetitiva a agentes como asbesto, gas de carbón, polvos radioactivos y cromatos. Esto enfatiza la importancia de obtener información detallada acerca de los antecedentes laborales del paciente como parte de la valoración enfermera. Aunque no existen pruebas concluyentes, se ha establecido una asociación entre la presencia de cicatrices pulmonares, como las ocasionadas por la tuberculosis y la neumonitis, y el cáncer de pulmón.

PLAN DE CUIDADOS ENFERMEROS 19-1

LA PERSONA MAYOR CON ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA

Diagnóstico enfermero: patrón respiratorio ineficaz relacionado con hipoxia tisular crónica; riesgo de infección relacionado con acumulación de secreciones en los pulmones.

Objetivo	Intervenciones enfermeras
El paciente conserva las vías respiratorias permeables; el paciente excreta secreciones de los pulmones	■ Enseñar ejercicios de respiración para incrementar la relación inspiración/espiración siguiendo las siguientes pautas: • Inhalar lentamente a la cuenta de 5 • Inclinarse hacia el frente (30-40°) y exhalar lentamente a la cuenta de 10; recurrir a la respiración con labios fruncidos para la espiración • Repetir varias veces, respirando lenta y rítmicamente ■ Enseñar respiración abdominal para ayudar con la espiración siguiendo los pasos siguientes: *En posición recostada:* • Poner un libro o almohada pequeña en el

abdomen
- Sacar el abdomen durante la inspiración; ver cómo sube el libro o la almohada
- Espirar lentamente con los labios fruncidos mientras se mete el abdomen

En posición sentada:

- Presionar un libro o almohada pequeña contra el abdomen
- Empujar el abdomen contra el libro o la almohada pequeña durante la inspiración
- Inclinarse hacia el frente, espirar lentamente a través de los labios fruncidos y meter el abdomen presionando el libro o almohada contra el abdomen

- Enseñar al paciente a toser y respirar profundo al menos una vez cada 8 h. La tos puede estimularse por la espiración profunda y efectuarse después de los ejercicios de respiración
- Realizar los ejercicios de drenaje postural como se ordenaron; dejar períodos de descanso entre cambios de posición y tener cuidado de evitar los golpes fuertes porque los adultos mayores con huesos frágiles pueden experimentar fracturas
- Si se prescriben antibióticos, verificar que se administren a tiempo para mantener un nivel constante en la sangre
- Controlar el contacto con personas que presenten signos de infección respiratoria
- Identificar los signos de infección respiratoria y comunicarlos de inmediato al médico
- Mantener una temperatura ambiente de 23,8° C
- Si se receta oxígeno, administrarlo con precaución y observación estrecha para prevenir narcosis por dióxido de carbono (*v.* fig. 19-2)
- Verificar que se administren las vacunas contra gripe y neumococos, a menos de que esté contraindicado

Diagnóstico enfermero: intolerancia a la actividad relacionada con hipoxia

crónica.

Objetivo	Intervenciones enfermeras
El paciente realiza las actividades de la vida diaria (AVD) sin fatigarse o experimentar síntomas respiratorios.	■ Determinar el impacto de los síntomas respiratorios en las AVD, identificar los déficits reales o potenciales para realizar las AVD y proporcionar ayuda para compensar los déficits o intervenciones para aumentar la capacidad de autocuidado ■ Programar períodos de descanso entre las actividades ■ Identificar los factores que contribuyen a la intolerancia de la actividad (p. ej., interrupciones al sueño debidas a la tos y falta de conocimiento de las formas de programar las actividades para conservar energía) y controlar o mejorar siempre que sea posible ■ Aumentar de manera gradual el nivel de actividad; vigilar los signos vitales y suspender las actividades si sucede lo siguiente: • Disminución del ritmo respiratorio • Disminución del pulso • Falta de aumento de la presión sistólica • Incremento de 15 mmHg de la presión diastólica • Confusión • Vértigo • Dolor • Dificultad respiratoria ■ Consultar con un nutricionista respecto al aporte alimenticio para soportar las actividades.

CONCEPTO CLAVE

La exposición repetitiva a humo de cigarrillo, asbesto, gas de carbón, gas de radón y contaminantes del aire contribuye al desarrollo del cáncer de pulmón.

El individuo podría tener cáncer de pulmón desde mucho tiempo antes de que se desarrolle cualquier síntoma. Por lo tanto, deben realizarse pruebas de detección sistemática a la población de alto riesgo. Disnea, tos, dolor torácico, fatiga, anorexia,

sibilancias e infecciones recurrentes de la vía respiratoria superior son parte de los síntomas que se observan conforme la enfermedad progresa. El diagnóstico se confirma mediante radiografía torácica, citología de esputo, broncoscopia y biopsia. El tratamiento puede consistir en cirugía, quimioterapia o radioterapia, y necesita el mismo tipo de cuidados enfermeros que para pacientes de cualquier edad con este diagnóstico.

Absceso pulmonar

Un absceso pulmonar puede ser el resultado de neumonía, tuberculosis, un tumor maligno o traumatismo en el pulmón. Aspirar material extraño también puede causar un absceso pulmonar; éste puede ser un riesgo especial para personas con reflejos faríngeos disminuidos. Los síntomas, que se parecen a los de muchos problemas respiratorios, incluyen anorexia, pérdida de peso, fatiga, elevación de la temperatura y tos crónica. Puede haber producción de esputo, pero esto no siempre se manifiesta en las personas mayores.

El diagnóstico y tratamiento son los mismos que para otros grupos de edad. Las modificaciones para el drenaje postural, una parte importante del tratamiento, se discuten más adelante en este capítulo. Ya que puede perderse proteína en el esputo, debe recomendarse una dieta alta en proteínas y calorías para mantener y mejorar el estado nutricional del paciente mayor.

CONSIDERACIONES ENFERMERAS GENERALES PARA LAS ENFERMEDADES RESPIRATORIAS

Reconocimiento de los síntomas

Debe recomendarse a los adultos mayores que busquen atención médica inmediata si aparece cualquier signo de infección respiratoria (*v.* cap. 30). Con frecuencia la gente mayor no experimenta dolor torácico asociado con la neumonía al mismo nivel que las personas más jóvenes y su temperatura corporal normalmente menor puede ocasionar la aparición atípica de fiebre (esto es, a niveles menores de como sucedería con personas más jóvenes). Por lo tanto, en el momento en que los síntomas son evidentes para los demás la neumonía podría estar ya en una etapa avanzada.

La enfermera debe enseñar a las personas mayores a notificar cambios en las características del esputo, que podrían relacionarse con algunos procesos infecciosos. Por ejemplo, el esputo es consistente, translúcido y blanco grisáceo en la EPOC; es purulento y fétido cuando hay absceso pulmonar o bronquiectasia; y es rojo y espumoso con el edema pulmonar y la insuficiencia ventricular izquierda.

Prevención de complicaciones

Una vez que se han desarrollado enfermedades respiratorias es necesario vigilar de cerca el estado del paciente para minimizar la discapacidad y prevenir la mortalidad. La observación cercana de la enfermera puede prevenir y detectar complicaciones respiratorias y debe incluir la revisión de lo siguiente:

- Ritmo y volumen de respiración.
- Pulso (p. ej., un aumento repentino puede indicar hipoxia).
- Presión arterial (p. ej., puede elevarse por la hipoxia crónica).
- Temperatura (p. ej., no sólo para detectar infecciones sino también para prevenir el estrés sobre los sistemas cardiovascular y respiratorio que intentan cumplir con las necesidades corporales aumentadas de oxígeno que una temperatura elevada impone).
- Venas del cuello (p. ej., ingurgitación yugular).
- Permeabilidad de las vías respiratorias.
- Tos (p. ej., frecuencia, profundidad y productividad).
- Calidad de las secreciones.
- Estado mental.

VERIFICACIÓN DE LA ADMINISTRACIÓN SEGURA DE OXÍGENO

La oxigenoterapia debe utilizarse con prudencia para tratar las enfermedades respiratorias en las personas mayores. La EPOC y los altos niveles de oxígeno crónicos (derivados de la oxigenoterapia) pueden contribuir a que una persona retenga una mayor cantidad de dióxido de carbono en los pulmones; la retención de dióxido de carbono aumenta el riesgo de desarrollar la grave complicación de la narcosis por dióxido de carbono durante la oxigenoterapia (fig. 19-2). La enfermera debe vigilar la gasometría y observar si aparecen síntomas de narcosis por dióxido de carbono en el paciente, que incluyen confusión, fasciculaciones musculares, defectos visuales, sudoración excesiva, hipotensión, grados progresivos de insuficiencia circulatoria y depresión cerebral, la cual puede manifestarse como incremento de la duración del sueño o un estado comatoso profundo.

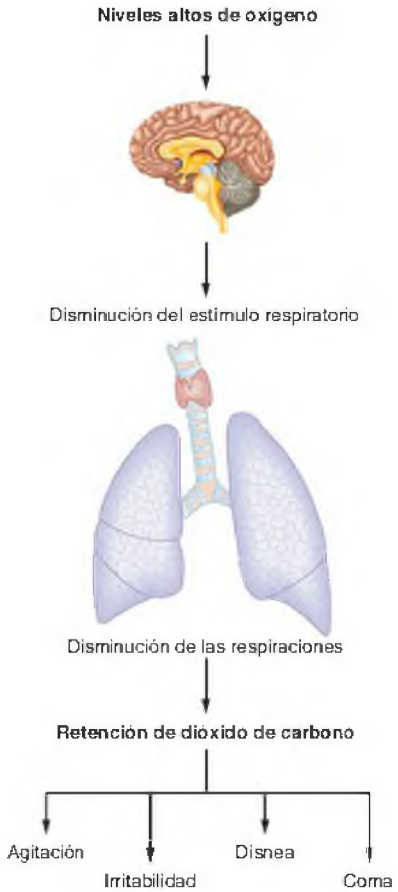


FIGURA 19-2 ■ El oxígeno debe administrarse con cuidado a las personas mayores. Los altos niveles crónicos de oxígeno pueden deprimir los estímulos respiratorios en el cerebro y por lo tanto reducir la respiración y promover la retención de dióxido de carbono.

Como la administración inapropiada de oxígeno puede tener consecuencias graves en las personas mayores, la enfermera tiene que adherirse de manera estricta a los procedimientos correctos cuando se utiliza. La enfermera debe revisar a menudo el indicador para asegurarse de que está ajustado en el nivel recetado y revisar el flujo de oxígeno en busca de interrupciones u obstrucciones por un tanque vacío, una tubería torcida u otros problemas. La enfermera debe evaluar y recomendar el método de administración que será más efectivo para cada paciente. Los pacientes mayores que respiran por la boca o no tienen un buen control para mantener los labios cerrados la mayor parte del tiempo podrían no recibir todos los beneficios de una cánula nasal. Una persona escuálida cuya estructura facial no permite que la mascarilla nasal quede bien sellada a la cara podría perder una cantidad considerable

de oxígeno debido a fugas. Un paciente que se siente inseguro y ansioso dentro de una tienda de oxígeno podría gastar oxígeno debido al estrés emocional y no obtendría todo el beneficio terapéutico. Las fosas nasales de los pacientes deben limpiarse de manera regular para conservar la permeabilidad. Es necesario vigilar de cerca los indicadores de oxigenación insuficiente; algunas personas mayores no presentan cianosis con la hipoxia, así que la enfermera debe evaluar otros signos.

Con el aumento del número de pacientes que se dan de alta de los hospitales y que utilizan oxígeno en casa y con el conocimiento de que muchos mayores carecen de las capacidades, el conocimiento y el apoyo de sus cuidadores, son cruciales las valoraciones realistas de la capacidad de los pacientes para utilizar oxígeno en casa de forma segura. El paciente debe recibir refuerzos de la información y supervisión a través de los servicios médicos a domicilio u otros recursos comunitarios hasta que él o su cuidador se sientan confiados y competentes en este tratamiento. Ha de evaluarse la seguridad del entorno en el hogar. Debe considerarse el impacto que el oxígeno tendrá en el estilo de vida del paciente y su familia; el hecho de que el oxígeno represente una nueva oportunidad de vida para la familia o que los convierta en prisioneros en su propia casa puede estar influido por la ayuda y apoyo que reciban.

Realización del drenaje postural

A menudo se prescribe drenaje postural para eliminar las secreciones bronquiales en algunas enfermedades respiratorias. Los pasos básicos para este procedimiento son iguales que los que se siguen en personas más jóvenes, con algunas leves modificaciones. Si se recetan medicamentos en aerosol, la enfermera los administra antes del procedimiento de drenaje postural. La posición para el drenaje postural depende de cada paciente y de la porción del pulmón involucrada. Los pacientes mayores necesitan cambiar de posiciones lentamente y que se les den algunos minutos de descanso entre cambios de posición para adaptarse a la nueva posición. La posición usual para el drenaje postural —acostarse boca abajo en la cama con la cabeza a nivel del suelo— podría ser demasiado estresante para la persona mayor y tener efectos adversos. La enfermera puede consultar con el médico respecto a si esta posición es recomendable y a las posibles modificaciones para cumplir con las necesidades del paciente en particular. La aplicación de ventosas y la vibración facilitan el drenaje de secreciones; sin embargo, los tejidos y huesos viejos son más frágiles y podrían lastimarse con más facilidad. El procedimiento debe suspenderse de inmediato si aparecen disnea, palpitaciones, dolor torácico, diaforesis, ansiedad o cualquier otro signo de malestar. El drenaje postural debe acompañarse de una limpieza bucal profunda y un período de descanso. Es esencial el registro de la tolerancia al procedimiento y de la cantidad y características del moco drenado.

Promoción de la tos productiva

Toser para eliminar las secreciones es importante en el tratamiento de los problemas respiratorios; sin embargo, la tos improductiva puede representar un gasto inútil de energía y ser estresante para los pacientes mayores. Es posible aplicar varias medidas para promover la tos productiva. Los caramelos sólidos y otros dulces aumentan las secreciones y por lo tanto ayudan a hacer productiva la tos. Los ejercicios de

respiración descritos antes también pueden ser beneficiosos. Puede comprarse una variedad de humidificadores para el uso en casa sin receta médica; la enfermera tiene que enseñar al paciente la forma correcta y segura de usar dichos aparatos. También se recetan expectorantes para suavizar las secreciones y hacer la tos más productiva. Una medida básica, pero en extremo importante, que hay que reforzar es un buen aporte hídrico. Debe aconsejarse a los pacientes el uso de pañuelos desechables, no de tela, para la expectoración de esputo. El lavado de manos frecuente y la higiene bucal son esenciales y tienen muchos beneficios físicos y psicológicos.

CONCEPTO CLAVE

La tos improductiva puede ser un gasto inútil de energía y resultar estresante para los individuos mayores.

CASO A CONSIDERAR

El Sr. B., que tiene 79 años y enfermedad pulmonar obstructiva crónica, vive con su esposa, la Sra. B., que tiene 80 años y enfermedad de Alzheimer. La Sra. B., puede caminar y hacer actividades cotidianas bajo la guía del Sr. B.; sin embargo, la Sra. B., manifiesta poco juicio y requiere de supervisión cercana. Recientemente, el Sr. B., fue hospitalizado por una neumonía y se le dio el alta con oxígeno casero. Su esposa, quien permaneció con una amiga durante la hospitalización del Sr. B., volvió a casa. El Sr. B., desea cuidar a su esposa en casa, pero sus reservas de energía son bajas y se le dificulta seguirle el paso a lo largo de la casa cuando camina con su oxígeno. La pareja quiere con desesperación permanecer en su casa, pero no tienen familiares en la zona y reciben poca ayuda de sus amigos y vecinos.

PENSAMIENTO CRÍTICO

- ¿Cuáles son los riesgos a los que se enfrenta esta pareja y cómo pueden reducirse?
- ¿Qué ayuda se le puede proporcionar a la pareja?

Uso de terapias complementarias

Se cree que algunas plantas afectan la salud respiratoria. El gordolobo, la althaea y el olmo norteamericano tienen efectos de secreción de moco y pueden aliviar el revestimiento respiratorio irritado. La lobelia, el tusilago y la sanguinaria se han usado como expectorantes. La aromaterapia con eucalipto, pino, lavanda y limón podría ser de utilidad. Antes de introducir cualquier remedio herbal, la enfermera debe investigar las posibles interacciones con los medicamentos que el paciente esté tomando y comentarlo con el médico.

La comida picante y condimentada (p. ej., ajo, cebolla y ajíes) se recomienda para abrir las vías respiratorias, mientras que los alimentos que producen moco, como los

productos lácteos y los alimentos procesados, no son recomendables. Se sugiere tomar complementos alimentarios de vitaminas A, C, E y B_6, zinc y enzimas proteolíticas.

La acupuntura con terapeutas capacitados se usa para el tratamiento del asma, el enfisema y la fiebre del heno. La acupresión tiene algunos beneficios para personas con asma, bronquitis y enfisema. El yoga puede fomentar la respiración profunda y la buena oxigenación de tejidos. El método Rolf de integración estructural (una técnica que utiliza la presión aplicada con los dedos, nudillos y codos para liberar adhesiones aponeuróticas y realinear el cuerpo al equilibrio) y el masaje pueden liberar la caja torácica y mejorar la respiración.

Un amplio número de estadounidenses usa terapias complementarias para la prevención y tratamiento de enfermedades respiratorias. Aunque no se ha establecido por completo la eficacia de estos métodos, las enfermeras deben estar abiertas al respecto; si la terapia no hace daño y el individuo cree que puede ser beneficiosa, tal vez se alcancen resultados positivos al combinar los tratamientos complementarios con los convencionales.

Promoción del autocuidado

Pueden prescribirse broncodilatadores inhalados para tratar el asma bronquial y otras enfermedades que causan broncoespasmos, como la bronquitis crónica o el enfisema. El uso efectivo de estos dispositivos depende de la capacidad de los individuos para manipular y coordinar el uso del atomizador con la inhalación, áreas que pueden ser problemáticas para las personas mayores con respuestas más lentas, coordinación deficiente, articulaciones artríticas o debilidad general. Antes de recetar un inhalador debe valorarse la capacidad del paciente para utilizarlo correctamente. Los terapeutas de la respiración pueden colaborar recomendando aparatos que ayuden a los pacientes a superar los obstáculos para usar inhaladores. Si el paciente posee las habilidades necesarias, deben revisarse las instrucciones y precauciones a profundidad. El paciente y quienes lo cuidan deben entender los graves efectos cardíacos del uso excesivo. Normalmente una o dos inhalaciones son suficientes para aliviar los síntomas durante 4 h. Para asegurarse de que el inhalador no se vacíe de manera inesperada y la persona se quede sin medicamento cuando lo necesite, debe evaluarse cómo está de lleno el inhalador periódicamente poniéndolo en un recipiente con agua. Cuando esté lleno, el inhalador se hundirá; cuando esté vacío, flotará; la variación del nivel entre éstos indica los niveles parciales de llenado.

CONCEPTO CLAVE

Para el uso efectivo de los inhaladores es necesaria la capacidad del usuario para manejar el dispositivo y coordinar el uso del atomizador con la inhalación, tareas que podrían ser difíciles para algunas personas mayores.

No hace mucho tiempo los pacientes con respirador podían encontrarse en la sala de cuidados intensivos de los hospitales de agudos. Hoy en día, el número cada vez

mayor de personas dependientes de respiradores es tratado en casa o en instituciones de cuidado de larga duración. Cada respirador tiene características particulares y las enfermeras deben buscar la ayuda de un especialista en cuidados respiratorios para asegurar la completa comprensión y el uso correcto del equipo. Ya sea que estén en su propia casa o en un ámbito institucional, estos pacientes necesitan un fuerte apoyo multidisciplinario que les ayude con la compleja red de necesidades de cuidado físico, emocional y social que afrontan. Las enfermeras pueden tener un importante papel al proporcionar una evaluación realista de las capacidades de los pacientes y sus cuidadores para tutelar el cuidado relacionado con el respirador. No tiene mucho sentido usar un respirador para salvar la vida de un paciente y después poner esa vida en peligro al mandar a esa persona a casa con un familiar que no puede cumplir con sus necesidades de cuidado. También debe ponerse especial atención a la calidad de vida del paciente dependiente del respirador; debe utilizarse el asesoramiento, la estimulación sensorial, las terapias expresivas y otros recursos.

Infundir ánimo

Los problemas respiratorios dan miedo y generan ansiedad. Los pacientes con estas enfermedades necesitan apoyo y consuelo psicológico, en especial durante los períodos de disnea. Necesitan comprender completamente su enfermedad y el tratamiento de la misma para que la ansiedad se reduzca. Podría ser necesario animarlos de manera constante para ayudarles a cumplir con las exigencias de una enfermedad crónica. Para algunos pacientes podría ser necesario pasar la mayor parte del tiempo en interiores a fin de evitar los extremos del clima caliente y frío; algunos podrían necesitar aprender a llevar oxígeno con ellos cuando salen de su casa; otros podrían tener que mudarse a climas diferentes para encontrar alivio. Estos cambios de estilo de vida pueden tener un impacto considerable en sus vidas. Como cualquier persona que padezca de una enfermedad crónica, los pacientes con problemas respiratorios pueden beneficiarse de que les ayuden a vivir la vida más plena posible con sus enfermedades más que convertirse en prisioneros de las mismas.

LLEVANDO LA INVESTIGACIÓN A LA VIDA

DEPRESIÓN Y TRASTORNOS DEL SUEÑO EN PACIENTES CON ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA

Lee, H., Kim, I., Lim, Y., Jung, H.Y., & Park, H. (2011). Geriatric Nursery, 32(6), 408-417.

Este estudio descriptivo se llevó a cabo para identificar la relación de los trastornos del sueño con la depresión en personas con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC). Se reclutaron pacientes diagnosticados con EPOC de tres hospitales. La edad media fue 66 años y 40,5% tenía entre 70 y 80 años. El 88% lo constituían hombres y casi todos los participantes estaban casados.

Se utilizó una herramienta validada (Center for Epidemiologic Studies

Depression Scale) para medir la depresión y la escala de impacto de EPOC y asma en el sueño de Pokrzywinski y colaboradores para medir los trastornos del sueño relacionados con los síntomas respiratorios. También se midió la actividad física y la autoeficacia con herramientas validadas.

Se encontraron niveles más altos de ansiedad y depresión entre individuos con trastornos del sueño. No se observó relación entre la depresión y el nivel económico, la actividad pulmonar y el índice de masa muscular de los participantes en el estudio. Se ilustró poco acerca de los efectos generales de los trastornos del sueño; sin embargo, se encontró que la actividad pulmonar disminuye de manera considerable con sólo una noche de sueño trastornado.

Los hallazgos confirman la importancia de la detección sistemática de trastornos del sueño en individuos que padecen EPOC. Cuando se detecten signos de depresión en personas con EPOC (p. ej., estado de ánimo triste, falta de atención al cuidado personal, falta de motivación para dedicarse a las actividades de cuidado y desobediencia de las prescripciones médicas) o si los síntomas pulmonares empeoran, debe realizarse un análisis cuidadoso de la cantidad y calidad del sueño. Como las enfermeras tienen una relación cercana con los pacientes y abordan necesidades de comprensión, son los profesionales de la salud ideales para identificar este problema y ayudar a los pacientes a prevenir problemas adicionales.

REALIDADES PRÁCTICAS

La Sra. Ordaz fue dada de alta y está programado que una enfermera la visite cada 3 días durante las próximas 2 semanas para ayudar en el cuidado de su incisión abdominal. Tiene antecedentes de infecciones respiratorias recurrentes y toma con regularidad antihistamínicos de venta libre para lo que ha descrito como «alergias».

En su primera visita a domicilio, la enfermera encuentra al Sr. y la Sra. Ordaz, ambos de 76 años de edad, viviendo con sus seis gatos. La casa tiene un aspecto sucio y desordenado, y un fuerte olor a orina de las mascotas la impregna. Hay pelo de gato en todos los muebles tapizados y en la alfombra.

Durante toda la visita varios gatos se suben y bajan del regazo de la Sra. Ordaz y ella experimenta un episodio de estornudos y flujo nasal.

La enfermera le pregunta si ha pensado que su problema de alergias tiene alguna relación con sus gatos y ella responde que «es probable que tengan algo que ver, pero son mis bebés y soy muy débil cuando llega un gato callejero buscando un lugar donde vivir. No podría pensar en deshacerme de ellos». El señor Ordaz apoya el punto de vista de su esposa y afirma: «yo también soy culpable de ser un amante de los gatos».

¿Cómo podrían abordarse los problemas de salud relacionados con la presencia de los gatos y a la vez respetar el deseo de la señora Ordaz de tenerlos en su casa?

EJERCICIO DE PENSAMIENTO CRÍTICO

1. ¿Qué riesgos autoimpuestos y ambientales de los jóvenes pueden contribuir al desarrollo de enfermedades crónicas más adelante en su vida?
2. ¿De qué forma los cambios relacionados con la edad pueden afectar el desarrollo, la detección y el tratamiento de las enfermedades respiratorias?
3. ¿Qué puntos clave se incluirían en un programa de educación para el fomento de la salud respiratoria en los ciudadanos de edad avanzada?
4. Describir las precauciones que deben tomarse cuando se administra oxígeno a las personas mayores.

RECURSOS

American Lung Association
http://www.lungusa.org
Asthma and Allergy Foundation of America
http://www.aafa.org
National Heart, Lung, and Blood Institute Information Center
http://www.nhlbi.nih.gov
Office on Smoking and Health, Centers for Disease Control and Prevention
http://www.cdc.gov/tobacco

REFERENCIAS

Centers for Disease Control and Prevention. (2012). *Lung cancer rates by race and ethnicity*. Retrieved July 12, 2012 from http://www.cdc.gov/cancer/lung/statistics/race.htm

LECTURAS RECOMENDADAS

Las lecturas recomendadas relacionadas con este capítulo pueden encontrarse en el sitio web que acompaña al libro. Visítese **http://thepoint.lww.com/espanol-Eliopoulos8e** para acceder a las lecturas recomendadas y otros recursos adicionales vinculados con este capítulo.

CAPÍTULO 20

Circulación

RESUMEN DEL CAPÍTULO

Efectos del envejecimiento en la salud cardiovascular

Promoción de la salud cardiovascular

- Nutrición adecuada.
- Ejercicio adecuado.
- Evitar el humo de tabaco.
- Manejo del estrés.
- Intervenciones protectoras.

Enfermedad cardiovascular en la mujer

Trastornos cardiovasculares frecuentes

- Hipertensión.
- Hipotensión.
- Insuficiencia cardíaca congestiva.
- Embolia pulmonar.
- Arteriopatía coronaria.
- Hiperlipidemia.
- Arritmias.
- Vasculopatía periférica.

Consideraciones enfermeras generales para trastornos

cardiovasculares

- Prevención.
- Información al paciente.
- Prevención de complicaciones.
- Promoción de la circulación.
- Cuidados de los pies.
- Manejo de problemas relacionados con vasculopatía periférica.
- Promoción de la normalidad.
- Integración de tratamientos complementarios.

OBJETIVOS DE APRENDIZAJE

Después de estudiar este capítulo, el lector será capaz de:

1. Describir los efectos del envejecimiento en la salud cardiovascular y la circulación.
2. Enumerar factores que promueven la salud cardiovascular.
3. Identificar características peculiares de enfermedades cardiovasculares frecuentes en adultos mayores.
4. Describir intervenciones enfermeras para ayudar a los pacientes con trastornos cardiovasculares.

CONCEPTOS BÁSICOS:

Arritmia: frecuencia o ritmo cardíacos anómalos.

Ateroesclerosis: endurecimiento y estrechamiento de las arterias por acumulación de placa en sus paredes.

Desacondicionamiento físico: declinación del funcionamiento cardiovascular secundario a inactividad física.

Hipertensión: lectura de presión arterial ≥140 sistólica y ≥90 diastólica de manera consistente.

Hipotensión postural: disminución de 20 mmHg o más de la presión sistólica después de incorporarse y permanecer de pie durante 1 min.

Signo de Homans: dolor a la dorsiflexión de la extremidad inferior afectada que suele relacionarse con flebitis profunda de la pierna.

Los avances en la tecnología para el diagnóstico y tratamiento tempranos, así como una mayor conciencia social sobre la importancia de la nutrición y el ejercicio adecuados y el abandono del tabaquismo, han dado como resultado un descenso de la cardiopatía en la

población en general. Se prevé que las generaciones futuras experimentarán menos muertes y discapacidades relacionadas con enfermedades cardiovasculares. Por desgracia, la población mayor actual ya sufre los estragos de muchos años de prácticas de prevención, diagnóstico y tratamiento inadecuadas, lo que hace que la enfermedad cardiovascular se presente como la principal causa de discapacidad y muerte. Esto complica además algunos de los efectos del envejecimiento sobre el aparato cardiovascular. Dada la elevada prevalencia de trastornos cardiovasculares en adultos mayores, es crucial planificar acciones para prevenir y abordar algunos problemas potenciales relacionados con la circulación.

EFECTOS DEL ENVEJECIMIENTO EN LA SALUD CARDIOVASCULAR

Con el envejecimiento, las válvulas cardíacas se hacen más gruesas y rígidas a causa de esclerosis y fibrosis. La aorta se dilata, aparece una ligera hipertrofia ventricular y la pared del ventrículo izquierdo se engrosa. El miocardio se hace menos eficiente y pierde algo de su fuerza contráctil, lo que reduce el gasto cardíaco cuando las demandas impuestas al corazón se elevan. Se requiere más tiempo para que el ciclo de llenado diastólico y vaciado sistólico se complete. Se manifiesta una calcificación de los vasos y su elasticidad se reduce, y con la edad el corazón se hace menos sensible a la regulación de la presión arterial por barorreceptores. Estos cambios suelen ser graduales y se tornan más evidentes cuando la persona mayor se enfrenta a un estrés fisiológico inusual, como al aumentar su actividad o sufrir una infección.

La salud de los tejidos depende del riego (o perfusión) tisular adecuado (es decir, circulación hacia y desde una parte corporal). Para asegurar una perfusión tisular adecuada, la presión arterial debe mantenerse dentro de un intervalo normal. Por desgracia los mayores tienen más alta probabilidad de sufrir trastornos que alteran la perfusión, como los siguientes:

- *Enfermedad cardiovascular:* cardiopatía arterioesclerótica, hipertensión, insuficiencia cardíaca congestiva (ICC) y varices.
- *Enfermedades sistémicas:* diabetes mellitus, cáncer e insuficiencia renal.
- *Discrasias sanguíneas:* anemia, trombos y reacciones transfusionales.
- *Hipotensión:* secundaria a choque anafiláctico, hipovolemia, hipoglucemia, hiperglucemia e hipotensión ortostática.
- *Efectos adversos de fármacos:* antihipertensores, vasodilatadores, diuréticos y antipsicóticos.
- *Otros trastornos:* edema, inflamación, inmovilidad prolongada, hipotermia y desnutrición.

En la tabla 20-1, Diagnóstico enfermero, se identifican diagnósticos de riesgo para la circulación relacionados con la edad. La enfermera puede valorar la idoneidad de la circulación tisular en adultos mayores revisando los antecedentes de salud del individuo, evaluando los signos vitales, inspeccionando el cuerpo y tomando nota de

signos y síntomas. En el recuadro 20-1 se presentan indicaciones de perfusión tisular ineficaz.

PROMOCIÓN DE LA SALUD CARDIOVASCULAR

Muchas de las alteraciones del aparato cardiovascular pueden modificarse con cambios en el modo de vida y dieta; por lo tanto, es importante que todas las enfermeras consideren la prevención de problemas cardiovasculares en todos los grupos de edad. Al enseñar a jóvenes y mayores a identificar y reducir factores de riesgo relacionados con enfermedad cardiovascular, las enfermeras promueven la salud y el funcionamiento óptimos. Algunas prácticas que es importante reforzar son la alimentación sana, la realización de ejercicio adecuado, la evitación del humo de tabaco, el manejo del estrés y el uso de intervenciones proactivas cuando sea apropiado.

Nutrición adecuada

Una alimentación que cubra todas las necesidades diarias, mantenga el peso dentro del intervalo ideal para su estatura y edad, y controle las cifras de colesterol es beneficiosa. En el recuadro 20-2 se enumeran algunas recomendaciones alimentarias generales para reducir el riesgo de enfermedad cardiovascular. Algunos complementos nutricionales también contribuyen a la salud cardiovascular (recuadro 20-3).

DIAGNÓSTICO ENFERMERO

TABLA 20-1 Envejecimiento y riesgos para la circulación

Causas o factores contribuyentes	Diagnóstico enfermero
Disminución de la elasticidad de los vasos sanguíneos	Perfusión tisular periférica ineficaz
Aumento de la resistencia de los vasos periféricos	Intolerancia a la actividad
Decremento del flujo sanguíneo coronario	Riesgo de decremento de la perfusión tisular cardíaca
Descenso de la proporción de oxígeno que los tejidos extraen de la sangre arterial	Riesgo de descenso de la perfusión tisular
Menor reactividad cardiovascular a la estimulación adrenérgica	Intolerancia a la actividad

RECUADRO 20-1 Indicaciones de perfusión tisular ineficaz

Hipotensión.
Taquicardia, disminución de la calidad del pulso.
Claudicación.
Edema.
Caída del vello de las extremidades.
Necrosis tisular, úlceras por estasis.
Disnea, aumento de las respiraciones.
Palidez, frialdad de la piel.
Cianosis.
Disminución de la diuresis.

Delirio (trastorno de la cognición y del nivel de conciencia).
Inquietud.
Trastorno de la memoria.

RECUADRO 20-2 Recomendaciones alimentarias para reducir el riesgo de enfermedad cardiovascular

- Reducir el consumo de alimentos fritos, grasas de origen animal y grasas parcialmente hidrogenadas. Ser cuidadoso con la comida rápida, que tiende a ser rica en grasa y calorías.
- Incrementar el consumo de carbohidratos complejos y fibra. Usar productos de cereales enteros no refinados, como trigo entero, avena y harina de avena, centeno, cebada, maíz, maíz inflado, arroz moreno, arroz silvestre, trigo sarraceno, trigo quebrado, bulgur, mijo, quinua y sorgo.
- Mantener el consumo calórico dentro del intervalo ideal. Reducir el consumo de alimentos pobres en nutrimentos.
- Usar aceites monoinsaturados (p. ej., aceite de canola, aceite de olivas prensadas en frío) y aceites Ω-6 (p. ej., aceite de casis, aceite de onagra).
- Comer pescados ricos en ácidos grasos Ω-3 (p. ej. salmón, trucha y arenque) al menos dos veces a la semana.
- Consumir menos carne roja, azúcar y alimentos muy procesados.
- Limitar las bebidas alcohólicas.

RECUADRO 20-3 Complementos nutricionales para la salud cardiovascular[a]

Vitamina B_6: eficaz para impedir la oxidación del colesterol inducida por homocisteína, lo cual ayuda a prevenir ataques cardíacos y accidentes cerebrovasculares.

Vitamina B_{12}: reduce las concentraciones de homocisteína.

Ácido fólico: esencial para el metabolismo correcto de la homocisteína.

Vitamina C: ayuda a prevenir la formación de oxisteroles, mantiene la integridad de las paredes arteriales.

Selenio: reduce la agregación plaquetaria.

Magnesio: contribuye a dilatar las arterias y facilita la circulación, puede prevenir la calcificación de los vasos, reduce el colesterol total, eleva el colesterol de lipoproteínas de alta densidad (HDL), inhibe la agregación plaquetaria.

Calcio: podría reducir el colesterol total e inhibir la agregación plaquetaria.

Cromo: reduce el colesterol total y los triglicéridos (en particular cuando se combina con niacina), eleva el colesterol de HDL.

Potasio: puede ayudar a reducir la dependencia respecto a antihipertensores y diuréticos.

Aceites de pescado: reducen las muertes por arteriopatía coronaria y la presión arterial.

a Es preferible obtener las vitaminas y los minerales necesarios de los alimentos, no de complementos alimenticios.

El Dr. Dean Ornish promueve una dieta de probada eficacia no sólo para prevenir las cardiopatías sino también para revertirlas (Ornish, 2005, 2008). La Dieta de reversión para personas con enfermedad cardiovascular consiste en lo siguiente:

- Menos del 10% de las calorías provenientes de grasa y muy poco en la forma de grasa saturada.

- Alto consumo de fibra.
- Exclusión de todos los aceites y productos de origen animal, excepto leche y yogur descremados.
- Exclusión de cafeína y otros estimulantes.
- Permitir, pero no alentar, menos de 60 ml de alcohol al día.
- Ninguna restricción de calorías.

La Dieta de prevención de Ornish está diseñada para personas con una concentración de colesterol menor de 150 o con cociente de colesterol total sobre colesterol de lipoproteínas de alta densidad (HDL) de menos de 3 y sin cardiopatía. Es similar a la Dieta de reversión, excepto que hasta el 20% de las calorías puede provenir de grasa. (Además de las modificaciones alimentarias, el programa del Dr. Ornish recomienda ejercicio mode-rado, aumento de las relaciones íntimas, reducción del estrés y otras prácticas saludables.)

En años recientes, la dieta de Ornish ha recibido críticas por ser demasiado restrictiva en grasas y contribuir al aumento de la obesidad porque las personas consumen un exceso de carbohidratos a causa del consumo restringido de grasa. A pesar de las críticas y aunque muchas personas encuentran difícil de seguir a largo plazo la dieta restrictiva propuesta por Ornish, cualquier modificación alimentaria y del modo de vida que apoye las metas de reducir las grasas y los estimulantes, aumentar la fibra en el alimento y el ejercicio, y manejar de manera eficaz el estrés, ciertamente ayudará a las personas a avanzar en la dirección correcta.

PARA REFLEXIONAR

¿Su alimentación actual eleva el riesgo de cardiopatía? Si es así, ¿qué factores podrían representar un obstáculo para cambiar el patrón alimentario por otro con más alimentos de origen vegetal y qué podría hacerse para superar esos impedimentos?

Una nutrición apropiada de por vida es importante para prevenir la hiperlipidemia, que es un factor de riesgo significativo de enfermedad cardiovascular. En las últimas décadas se aprendió mucho sobre los modos de lograr reducciones significativas de incidentes cardiovasculares y cerebrovasculares mediante la disminución de la concentración de colesterol en personas maduras. Aunque la investigación aún es insuficiente para demostrar los beneficios en personas de edad avanzada, aminorar el ingreso de colesterol en general es una práctica positiva. (*v.* la exposición más adelante.) Modificar el modo de vida para reducir el colesterol también suele ayudar a las personas a evitar el uso de hipocolesterolemiantes, los cuales, a pesar de sus beneficios, tienen posibles efectos adversos, como dolor muscular, debilidad, fatiga, disfunción eréctil, pérdida de la memoria, y ardor y hormigueo de manos y pies.

Ejercicio físico adecuado

El uso de automóviles, ascensores y dispositivos modernos, y la realización de

trabajos con menos desgaste físico conducen a un estilo de vida más sedentario de lo que sería óptimo para la salud. Esto puede llevar a ser físicamente inactivo durante los días laborables y saturar el fin de semana con limpieza doméstica, trabajo en el jardín y actividades deportivas. Es aconsejable una distribución sensata del ejercicio en el transcurso de la semana y más benéfico para el funcionamiento cardiovascular que las rachas periódicas de actividad. La falta de ejercicio físico, conocida como desacondicionamiento físico, favorece muchas de las declinaciones funcionales relacionadas con la edad que las personas pueden experimentar. Por fortuna, se observa menor rapidez de declinación y mejor estado cardiovascular en personas maduras que hacen ejercicio con regularidad. Las enfermeras pueden alentar a quienes no se sientan atraídos por programas de ejercicio programado a maximizar las oportunidades de ejercitarse durante las actividades cotidianas (p. ej., usar las escaleras en vez del ascensor, dejar el auto en el extremo más alejado del estacionamiento o caminar hasta el puesto de periódicos en lugar de pedir el servicio a domicilio). Se recomienda un promedio de 30 min de actividad física moderada al menos 5 días a la semana o 20 min de ejercicio vigoroso al menos 3 días a la semana para reducir el riesgo de enfermedad cardiovascular.

CONCEPTO CLAVE

Además de los ejercicios aeróbicos, de fortalecimiento y de equilibrio tradicionales, la práctica de yoga y tai chi son buenas maneras de mejorar la circulación.

Evitar el humo de tabaco

Aunque muchos fumadores son conscientes de los riesgos del humo del tabaco, dejar el hábito es muy difícil y para lograrlo es necesario más que decirle a la persona que deje de fumar. Se requieren apoyo y ayuda considerables, que a menudo pueden obtenerse de programas para dejar de fumar. Está demostrado que la acupuntura es útil a este fin en algunos individuos. Incluso si el paciente ha fallado muchas veces en sus intentos de dejar el hábito, es posible que el siguiente intento sea exitoso y debe alentarse. Además de instruir a las personas a fin de que eviten fumar, las enfermeras pueden indicarles que limiten su exposición al humo producido por otros fumadores, que también es dañino.

Manejo del estrés

El estrés es una parte normal de la vida. Las enfermeras pueden enseñar a las personas a identificar los factores de estrés en su vida, sus reacciones específicas al mismo y el modo de manejarlo con mayor eficacia. Ejercicios de relajación, yoga, meditación y otras actividades diversas que reducen el estrés suelen ser provechosas para cualquier persona.

Las enfermeras gerontológicas descubren que es mucho más fácil establecer buenas prácticas de salud en una fase temprana de la vida que cambiarlas o tratar sus

consecuencias a una edad avanzada.

CONCEPTO CLAVE

La salud cardiovascular en la edad avanzada comienza con prácticas de salud positivas en etapas tempranas de la vida.

Intervenciones protectoras

Siguen realizándose investigaciones que arrojan luz sobre las rutinas que las personas pueden establecer para promover la salud cardíaca. Una dosis de ácido acetilsalicílico (ASA) al día es una medida preventiva adecuada, porque se ha demostrado que el ASA en dosis bajas reduce el riesgo de ataque cardíaco. Una dosis diaria de ASA de 75 a 81 mg es suficiente para prevenir cardiopatías, aunque se observó que una dosis de apenas 30 mg era adecuada (Campbell, Smyth, Montalescot y Steinhubl, 2007). Un estudio con varones que consumían alcohol al menos 3 o 4 días a la semana reveló reducción del riesgo de infarto de miocardio (IM), lo cual sugiere que beber con moderación podría ser benéfico (Klatsky y Udaltsova, 2007; Leighton y Urquiaga, 2007). También se sugiere que diversos complementos nutricionales proporcionan resultados positivos en la salud cardiovascular. Aunque se requieren más datos para comprender del todo los efectos de estos tipos de intervenciones, es razonable suponer que una dosis baja diaria de ASA, un complemento multivitamínico diario y el disfrute de bebidas alcohólicas ligeras con moderación podrían ser benéficos para prevenir enfermedades cardiovasculares en adultos de todas las edades.

RECUADRO 20-4 Importancia de la detección de proteína C reactiva

Con base en el conocimiento de que la inflamación vascular puede ser una causa de infarto de miocardio, la American Heart Association y los Centers for Disease Control and Prevention recomiendan realizar pruebas de detección de proteína C reactiva (PCR) en personas con riesgo mode-rado de cardiopatía (Ridker, 2003). La PCR es un marcador de inflamación que constituye un predictor más fuerte de episodios cardiovasculares que el colesterol de lipoproteínas de baja densidad (LBD). Se sugieren dos mediciones de PCR; el valor más bajo o promedio se usa para determinar el riesgo vascular. Dado que las concentraciones de PCR permanecen estables por largos períodos, no se ven afectadas por la alimentación y casi no varían con el ritmo circadiano, no es necesario que las muestras para valoración de PCR se tomen en ayunas. Su coste es comparable al de la prueba para colesterol y suele ser muy eficaz en términos económicos porque previene complicaciones graves y la muerte.

Los individuos con valores de PCR >3 mg/dl con colesterol LBD <130 mg/dl se consideran de alto riesgo y se recomienda someterlos a las intervenciones de modificación del modo de vida propuestas por el Adult Treatment Panel (ATP) III. Las personas con PCR elevada y LBD entre 130 y 160 mg/dl están en riesgo global alto y debe aconsejárseles que se adhieran estrictamente a las directrices terapéuticas actuales del ATP. Aquellos individuos con PCR elevada y valores de LBD >160 mg/dl suelen requerir medicación y vigilancia estrecha de su apego al plan terapéutico.

Las cifras significativamente elevadas de PCR podrían relacionarse con otras causas de inflamación sistémica, como lupus o endocarditis; se requieren pruebas diagnósticas adicionales.

Para individuos en riesgo de cardiopatía, la realización de estudios de detección de proteína C reactiva es otra medida preventiva (recuadro 20-4).

Una valoración exhaustiva del aparato cardiovascular es útil no sólo para identificar signos de enfermedad sino también para indagar sobre los hábitos del paciente que podrían contribuir a una enfermedad cardiovascular (Guía de valoración 20-1). Durante la valoración, la enfermera identifica problemas reales y potenciales, y establece diagnósticos enfermeros acordes. La tabla 20-2 presenta diagnósticos de enfermería relacionados con problemas cardiovasculares.

ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR EN LA MUJER

Con la edad, la prevalencia de enfermedad cardiovascular aumenta en las mujeres y se ven afectadas más de un tercio de las mujeres de 45 a 54 años y alrededor del 70% de las de 65 años o más. Cada año mueren 12 veces más mujeres por enfermedad cardiovascular que por cáncer de mama, aunque a menudo éstas no lo ven como una amenaza significativa. Es frecuente que pasen por alto los signos y síntomas de enfermedad cardiovascular porque en ellas son menos evidentes que en los varones; este retraso en la evaluación puede hacer que el trastorno avance a estados más graves antes de que se establezca el diagnóstico y se inicie el tratamiento. Es necesario educar a las mujeres de todas las edades acerca de su riesgo de enfermedad cardiovascular y las medidas para promover la salud cardiovascular. Además, durante las evaluaciones de rutina, debe interrogarse a las mujeres acerca de síntomas relacionados con enfermedad cardiovascular como una medida auxiliar para revelar síntomas que se pasan por alto.

TRASTORNOS CARDIOVASCULARES SELECCIONADOS

Hipertensión

La incidencia de hipertensión aumenta con la edad y ésta es la enfermedad cardiovascular con mayor prevalencia en adultos mayores, lo que la convierte en un problema que las enfermeras gerontológicas ven a menudo. Muchos individuos mayores tienen presión arterial alta a causa de la vasoconstricción relacionada con el envejecimiento, la cual produce resistencia periférica. Hipertiroidismo, parkinsonismo, enfermedad de Paget, anemia y deficiencia de tiamina también pueden causar hipertensión.

GUÍA DE VALORACIÓN 20-1

FUNCIONAMIENTO CARDIOVASCULAR

La presentación atípica de los síntomas, la naturaleza sutil del avance de la cardiopatía y la facilidad con que los síntomas cardíacos pueden atribuirse de manera errónea a otros trastornos (p. ej., indigestión y artritis) dificultan la detección temprana de problemas cardíacos. Anamnesis y observación cuidadosas

suelen dar indicios ventajosos sobre problemas de desarrollo reciente o que no se han detectado.

A menudo se obtienen datos de trastornos vasculares periféricos a través del contacto general con los pacientes, quienes a veces comentan que siempre tienen los pies fríos y entumecidos, que experimentan ardor en las pantorrillas o que se marcan al levantarse. Tal vez caminen con lentitud, se froten las piernas o golpeen un pie con el otro. Es posible que se observen varices en las piernas. Tales observaciones contribuyen a abordar el tema de problemas vasculares periféricos.

OBSERVACIONES GENERALES

La valoración del aparato cardiovascular puede comenzar en el momento que se entrevista al paciente, observando los indicadores específicos. Tales observaciones se concentrarán en lo siguiente:

- *Tono de piel en general:* buscar palidez, que puede acompañar a los trastornos cardiovasculares.
- *Nivel de energía:* observar en busca de fatiga y evaluar la cantidad de actividad que el paciente tolera.
- *Patrón respiratorio:* ver las respiraciones mientras el paciente camina, cambia de posición y habla. La disnea aguda requiere atención médica inmediata porque puede ser un síntoma de infarto de miocardio en adultos mayores.
- *Condición de las uñas:* inspeccionar color, forma, espesor, curvatura y marcas en los lechos ungueales, que a veces dan indicios en caso de problemas. Las uñas pueden ser gruesas y secas en presencia de enfermedad cardiovascular. Revisar en busca de palidez; la insuficiencia circulatoria puede demorar el retorno del color rosado de las uñas después de oprimirlas. Es posible que la cardiopatía avanzada cause hipocratismo digital.
- *Estado de los vasos:* inspeccionar los vasos de extremidades, cabeza y cuello. Tomar nota de varices, así como de enrojecimiento de la piel encima de un vaso.
- *Vellos en las extremidades:* puede ocurrir pérdida del vello en caso de circulación deficiente.
- *Edema:* a menudo la tumefacción de los tobillos y dedos indica trastornos cardiovasculares.
- *Estado mental:* la circulación encefálica inadecuada con frecuencia se manifiesta como confusión; evaluar el funcionamiento cognitivo y el nivel de consciencia.

ENTREVISTA

La entrevista debe incluir una revisión de funcionamiento, signos y síntomas. Hacer preguntas sobre los siguientes temas.

Síntomas

Indagar sobre presencia de mareo, vértigo, edema, frialdad de extremidades, palpitaciones, desmayos, dificultades respiratorias, tos, hemoptisis, dolor torácico o sensaciones inusuales en tórax, cuello, espalda o maxilares. Es útil usar ejemplos específicos en las preguntas: «¿Alguna vez siente como si le oprimieran el pecho con una prensa?» «¿Se ha sentido sudoroso y ha tenido problemas para respirar al tiempo que experimenta una sensación extraña en el pecho?» «¿Siente que anillos y zapatos le aprietan cada vez más en el transcurso del día?» «¿A veces tiene la sensación de que la habitación gira cuando usted se levanta luego de estar acostado?» Cuando se detectan síntomas es preciso explorar su frecuencia, duración y manejo.

Algunos pacientes son capaces de relacionar los síntomas con problemas vasculares. Sin embargo, otros no advierten que signos tales como vértigo, piel escamosa, edema o cambio de color cutáneo pueden relacionarse con vasculopatías periféricas; por lo tanto, es crucial hacer preguntas específicas. Se obtiene información mediante preguntas como las siguientes:

- «¿A veces siente los brazos o las piernas fríos o entumecidos?»
- «¿Alguna vez se le forman manchas oscuras o llagas en las piernas?»
- «¿Le duelen las piernas o se le hinchan cuando camina o permanece de pie?»
- «¿Hay períodos en que siente mareo, vértigo o confusión?»
- «¿Alguna vez le parece que tiene una pierna más inflamada que la otra?»

Cambios de funcionamiento

Preguntar al paciente si ha notado cambios en el funcionamiento físico o mental:

- «¿Tiene dificultad para caminar, trabajar o realizar actividades de autocuidado, o ha notado algún cambio en la capacidad para hacerlo?»
- «¿Ha experimentado períodos en que parece que no puede pensar con claridad?»
- «¿Ha tenido que restringir actividades o cambiar su modo de vida en fecha reciente?»

Modo de vida

- «¿Con qué frecuencia hace ejercicio, por cuánto tiempo y de qué tipo?»
- «¿Cuál es su patrón de consumo de alcohol?»
- «¿Qué complementos (vitaminas, remedios herbales y medicina homeopática) utiliza en la actualidad?»
- «¿Hace algo para promover su salud (p. ej., tomar una aspirina diaria y seguir una dieta especial)?»

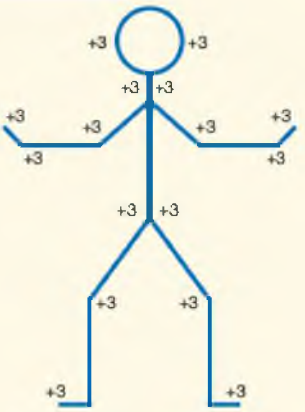
EXPLORACIÓN FÍSICA

- Inspeccionar al paciente de la cabeza a los pies, tomando nota de zonas de irritación o enrojecimiento sobre un vaso, vasos distendidos, edema y palidez. El blanqueo de los lechos ungueales da información de la circulación. Un examen de las extremidades debe incluir palpación de los pulsos, temperatura de las extremidades y observación de la distribución del vello en las piernas.
- La valoración de los pulsos apical y radial normalmente revela un intervalo entre 60 y 100 lpm. Recuérdese que con la edad avanzada el corazón tarda más tiempo en recuperarse del estrés; así, es posible detectar taquicardia como resultado de un estrés que ocurrió varias horas antes. Si se descubre taquicardia en un adulto mayor, revalorar luego de algunas horas.
- Valorar la presión arterial en las posiciones de decúbito, sentado y de pie para determinar la presencia de hipotensión postural (fig. A); modificaciones de más de 20 mmHg al cambiar de posición son significativos.

- Auscultar el corazón en busca de ruidos y soplos. Palpar el punto de máximo impulso para identificar desplazamiento, que puede ocurrir en caso de problemas como hipertrofia del ventrículo izquierdo. Medir la presión en la vena yugular.
- Palpar los pulsos de manera bilateral para determinar estado de la pared, frecuencia, rapidez, ritmo, calidad, contorno y simetría en los siguientes sitios:
  - *Pulso temporal*: en la arteria temporal, la única arteria palpable de la cabeza, que se localiza anterior a la oreja, sobre el hueso temporal; por lo general es tortuosa.
  - *Pulso braquial*: en la arteria braquial, localizada en el surco entre bíceps y tríceps; suele palparse si se sospecha insuficiencia arterial.
  - *Pulso radial*: la arterial radial, que se ramifica desde la arteria braquial, se extiende desde el antebrazo hasta la muñeca en el lado radial y se palpa en la superficie flexora de la muñeca lateralmente.
  - *Pulso cubital*: la arteria cubital también se ramifica de la arteria braquial; se extiende desde el antebrazo hasta la muñeca en el lado cubital y se palpa en la superficie flexora de la muñeca en sentido medial; por lo común se palpa si se sospecha insuficiencia arterial.
  - *Pulso femoral*: la arteria femoral se palpa en el ligamento inguinal, a la mitad de la distancia entre la espina ilíaca anterosuperior y el tubérculo púbico.
  - *Pulso poplíteo*: la arteria poplítea se localiza atrás de la rodilla; es la continuación de la arteria femoral. Hacer que el paciente flexione la rodilla durante la palpación puede ayudar a localizar este pulso.
  - *Pulso tibial posterior*: palpable atrás y abajo del maléolo medial.
  - *Pulso dorsal pedio*: se palpa en el surco entre los dos primeros tendones en el lado medial del dorso del pie; este pulso y el tibial posterior pueden estar ausentes de manera congénita.

- Clasificar los pulsos en una escala de 0 a 4:
  - 0 = ausencia de pulso.
  - 1 = pulso filiforme, que se oblitera con facilidad.
  - 2 = pulso difícil de palpar y fácil de obliterar.
  - 3 = pulso normal.
  - 4 = pulso fuerte, saltón, que no se oblitera al aplicar presión.

A menudo se emplea el esquema de una persona en trazos lineales para documentar la calidad de los pulsos en diferentes sitios (figura B):



B.

- Mientras se valoran los pulsos, inspeccionar los vasos en busca de signos de flebitis. Los signos incluyen rubor, sensibilidad y edema sobre una vena. A veces no hay signos visibles de inflamación y la principal indicación de flebitis es sensibilidad del vaso, determinada por palpación. La flebitis profunda de la pierna puede acompañarse de signo de Homans positivo (dolor con la dorsiflexión de la pierna afectada).
- Inspeccionar las piernas en busca de cambio de color, pérdida de vello, edema, descamación cutánea, palidez, marcas y aspecto tortuoso de las venas.
- Valorar la temperatura de la piel tocando la superficie cutánea en distintas zonas.
- Asegurarse de que el paciente se haya sometido en fecha reciente a electrocardiografía y pruebas de sangre para colesterol y proteína C reactiva (recuadro 20-4).
- Las alteraciones en la circulación cerebral pueden dañar el funcionamiento cognitivo; por lo tanto, una evaluación del estado mental a veces proporciona información útil acerca de problemas circulatorios.

DIAGNÓSTICO ENFERMERO

TABLA 20-2 Diagnósticos enfermeros relacionados con problemas cardiovasculares

Causas o factores contribuyentes	Diagnóstico enfermero
Transporte insuficiente de oxígeno, circulación deficiente, desequilibrio electrolítico, reposo en cama, dolor, fatiga, efectos de medicamentos, temor a dañarse a sí mismo	Intolerancia a la actividad
Cambio en el autoconcepto, temor a intervenciones o diagnósticos desconocidos, hospitalización	Ansiedad
Reposo en cama, fármacos, dieta, estrés, inactividad, líquidos insuficientes, dolor, ambiente hospitalario	Estreñimiento
Bradicardia, taquicardia, insuficiencia cardíaca congestiva, infarto de miocardio, hipertensión, corazón pulmonar, estrés, fármacos	Perfusión tisular ineficaz
Vasoespasmo, edulión, flebitis, espasmos, pruebas diagnósticas, cirugía, postura deficiente, esfuerzo	Dolor agudo
Separación del paciente de su familia, falta de conocimientos	Procesos familiares interrumpidos
Hospitalización, pérdida de actividades, temor de impacto	Aislamiento social
Enfermedad del paciente: cargas financieras, físicas y psicológicas de la enfermedad; hospitalización; cambios de rol	Procesos familiares interrumpidos
Cambio de función, discapacidad, intervenciones, dolor, falta de conocimiento	Temor
Ascitis, hipovolemia, anorexia	Déficit de volumen de líquidos
Disminución del gasto cardíaco, consumo excesivo de líquidos, acumulación de sangre venosa por posición declive/estasis	Exceso de volumen de líquidos
Cambio en funcionamiento corporal o modo de vida, dolor	Baja autoestima crónica
Falta de conocimiento, pérdida de la independencia	Mantenimiento ineficaz de la salud
Discapacidad, dolor, fatiga	Deterioro del mantenimiento del hogar
Trastorno del transporte de oxígeno, intervenciones traumáticas, medicación	Riesgo de infección, riesgo de síndrome de desuso
Circulación deficiente, fatiga, inmovilidad, dolor, medicación	Riesgo de lesión
Pruebas diagnósticas, diagnóstico, tratamientos y dieta desconocidos, afrontamiento ineficaz, negación	Conocimientos deficientes
Dolor, fatiga, reposo en cama, edema, medicación	Deterioro de la movilidad física
Falta de conocimiento o habilidad, plan prescrito que entra en conflicto con creencias y prácticas, recursos económicos insuficientes	Incumplimiento
Anorexia, depresión, estrés, medicación, no aceptación de la dieta prescrita, ansiedad	Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades
Incapacidad para participar en las actividades habituales, falta de conocimientos, hospitalización	Riesgo de impotencia
Inmovilidad, dolor, edema, fatiga	Déficit de autocuidado: baño/vestido/alimentación/uso del inodoro
Cambio en el funcionamiento corporal, nuevo diagnóstico, hospitalización, inmovilidad, dolor	Trastorno de la imagen corporal
Cambios metabólicos, deterioro del transporte de oxígeno, medicación, inmovilidad, dolor, estrés, ambiente hospitalario	Trastorno de la percepción sensitiva
Dolor, fatiga, temor, ansiedad, depresión, medicación, hospitalización, falta de conocimientos	Disfunción sexual
Edema, inmovilidad, deterioro del transporte de oxígeno	Deterioro de la integridad cutánea
Deterioro del transporte de oxígeno, inmovilidad, hospitalización, dolor, ansiedad, inactividad, medicación, depresión	Patrón de sueño alterado
Desequilibrios metabólicos o electrolíticos, medicación, ansiedad, depresión	Riesgo de confusión aguda
Decremento del gasto cardíaco, infarto de miocardio, angina, insuficiencia cardíaca congestiva, hipertensión, vasoconstricción, hipotensión, inmovilidad, medicación	Riesgo de disminución de la perfusión tisular cardíaca, riesgo de perfusión tisular periférica ineficaz
Diuréticos, reposo en cama, ambiente hospitalario, ansiedad	Deterioro de la eliminación urinaria

Los individuos con presión sistólica ≥140 y diastólica ≥90 se consideran hipertensos. Algunos profesionales de la salud adoptan una postura conservadora y no prescriben tratamiento para la hipertensión a menos que los valores excedan de 160 para la sistólica y 90 para la diastólica. La enfermera debe valorar de manera

cuidadosa la presión arterial del paciente midiéndola varias veces con la persona de pie, sentada y acostada. Ha de tomar nota de ansiedad, estrés o actividad antes de la medición porque estos factores pueden causar un aumento temporal. La ansiedad de ser examinado por un médico o de prepararse para una visita con un profesional de la salud y realizarla a menudo hace que la presión arterial se eleve en un individuo normalmente normotenso.

Cefalea sorda al despertar, deterioro de la memoria, desorientación, confusión, epistaxis y temblor lento pueden ser síntomas de hipertensión. La presencia de estos síntomas con una lectura de presión elevada suele precisar tratamiento. A los pacientes mayores hipertensos se les recomienda reposar, reducir el consumo de sodio y, en caso necesario, perder peso. No se recomienda el tratamiento antihipertensivo drástico en personas mayores, debido al riesgo de un descenso súbito peligroso de la presión arterial. Las enfermeras deben observar signos que indiquen una presión arterial demasiado baja para satisfacer las demandas del paciente, como mareo, confusión, síncope, inquietud y somnolencia. También el nitrógeno de urea sanguínea puede estar elevado. Deben buscarse estos signos y si se encuentran avisar al médico. En el manejo de una persona mayor hipertensa es un reto logar un nivel de presión arterial lo suficientemente alto para una circulación óptima y al mismo tiempo lo suficientemente bajo para prevenir complicaciones graves relacionadas.

Aún existe controversia acerca del tratamiento apropiado de la hipertensión en pacientes mayores; por lo tanto, los adultos mayores hipertensos pueden recibir una amplia gama de tratamientos en vez de sólo fármacos antihipertensores. Los medicamentos que se utilizan para tratar la hipertensión incluyen diuréticos, β-bloqueadores, bloqueadores de los canales de calcio e inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (ECA). Dado que tienen un mayor riesgo de reacciones adversas a los fármacos antihipertensores, los pacientes mayores deben recibir ayuda para usar medidas no farmacológicas encaminadas a reducir la presión arterial siempre que sea posible. Biorrealimentación, yoga, meditación y relajación pueden ser eficaces para reducir la presión arterial (Yeh, Davis y Phillips, 2006). De hecho, los National Institutes of Health recomiendan la meditación antes que los fármacos de prescripción para la hipertensión leve (Astin, Shapiro, Eisenberg y Forys, 2003). Los complementos alimentarios a base de aceite de pescado pueden reducir la presión arterial en sujetos hipertensos. Un mayor consumo de cereales enteros se vinculó con descenso del riesgo de hipertensión en mujeres maduras y mayores, lo que sugiere la utilidad de incrementar el consumo de cereales enteros para la prevención primaria de la hipertensión y sus complicaciones cardiovasculares (Wang y cols., 2007). Algunas plantas tienen efectos hipotensores, como ajo, bayas de espino blanco, rauwolfia y vinca. A la inversa, otras plantas como ginseng y regaliz pueden elevar la presión arterial cuando se consumen con regularidad. El impacto de las plantas en la presión arterial pone de relieve la necesidad de indagar sobre el uso de estos productos durante la valoración.

CONCEPTO CLAVE

Biorrealimentación, yoga, meditación y relajación son eficaces para reducir la presión arterial.

Hipotensión

Un descenso de 20 mmHg o más en la presión arterial sistólica después de incorporarse y permanecer de pie durante 1 min determina hipotensión postural; un descenso similar en la hora que sigue a una comida se denomina hipotensión posprandial. Diversos estudios han demostrado que muchos adultos mayores experimentan problemas relacionados con hipotensión postural y posprandial secundarios a un mayor consumo de medicamentos vasoactivos y a un descenso simultáneo de la actividad fisiológica, como la sensiblidad de los barorreceptores (Frishman, Azer y Sica, 2003). Es posible que ello se deba a cambios relacionados con la edad, como embotamiento de la respuesta de la frecuencia cardíaca mediada por barorreflejo a estímulos hipotensores e hipertensores, y presencia de enfermedades que afectan el corazón. La hipotensión posprandial también se relaciona con fármacos antihipertensores tomados antes de comer y con un consumo elevado de carbohidratos en las comidas (estos efectos pueden prevenirse tomando una bebida cafeinada después de comer). La hipotensión puede tener consecuencias graves para las personas mayores, como alto riesgo de caídas, accidente cerebrovascular, síncope y complicaciones coronarias.

Insuficiencia cardíaca congestiva

La incidencia de ICC aumenta de forma significativa con la edad y es la principal causa de hospitalización de adultos mayores. Es una complicación potencial en pacientes mayores con cardiopatía arterioesclerótica; el tratamiento exitoso de mayores con IM por medio de fármacos trombolíticos contribuye a la incidencia creciente. La arteriopatía coronaria es responsable de la mayoría de los casos de ICC, seguida por la hipertensión; otros factores de riesgo que pueden precipitar ICC en personas mayores son diabetes mellitus, dislipidemia, trastornos respiratorios durante el sueño, albuminuria, anemia, nefropatía crónica, uso de drogas, modo de vida sedentario y estrés psicológico. Este problema es frecuente debido a los cambios relacionados con la edad, como disminución de la elasticidad y el tamaño de la luz de los vasos, y aumentos de la presión arterial que interfieren en el suministro de sangre al músculo cardíaco. El descenso de las reservas cardíacas limita la capacidad del corazón para soportar los efectos de enfermedades o lesiones.

Entre los síntomas de ICC en pacientes mayores se encuentran disnea de esfuerzo (el dato más común), confusión, insomnio, vagabundeo nocturno, agitación, depresión, anorexia, náuseas, debilidad, falta de alien-to, ortopnea, sibilancias, aumento de peso y edema de tobillos bilateral. A la auscultación se escuchan estertores húmedos. La enfermera debe informar de inmediato al médico si detecta cualquiera de estos síntomas.

El interrogatorio y la exploración física ayudan a confirmar el diagnóstico de ICC. La New York Heart Association desarrolló cuatro categorías de ICC que se utilizan para clasificar la gravedad de la enfermedad y dirigir el tratamiento (la NYHA permite usar este sistema de clasificación sin necesidad de permiso):

- *Clase 1:* cardiopatía sin limitación física.

- *Clase 2:* síntomas con actividad física ordinaria; pueden ser evidentes limitaciones leves.
- *Clase 3:* síntomas con actividad más ligera que la ordinaria; limitación importante de la actividad física.
- *Clase 4:* síntomas con cualquier actividad y durante el reposo; suele requerirse reposo en cama.

El manejo de la ICC en personas mayores es en esencia el mismo que en adultos maduros y suele consistir en reposo en cama, inhibidores de la ECA, β-bloqueadores, digitálicos y reducción del consumo de sodio. Puede permitirse que el paciente se siente en una silla junto a la cama; por lo general se desaconseja el reposo absoluto en cama para evitar el desarrollo de trombosis y congestión pulmonar. La enfermera debe ayudar al paciente a sentarse, darle apoyo adecuado y, cuando esté sentado, observarlo en busca de signos de fatiga y disnea, y cambios en el tono de la piel y el pulso.

La presencia de edema y la nutrición tisular deficiente relacionadas con esta enfermedad, junto con la piel más frágil del anciano, lo predisponen a un mayor riesgo de rotura cutánea. Los cuidados regulares de la piel y los cambios frecuentes de posición son esenciales. La ICC es un trastorno atemorizante y a menudo recurrente que hace necesario dar mucha tranquilidad y apoyo emocional al paciente. El Plan de cuidados enfermeros 20-1 es un plan de atención básico para el adulto mayor con insuficiencia cardíaca.

CONCEPTO CLAVE

El riesgo de rotura cutánea es elevado en personas con insuficiencia cardíaca congestiva como resultado de la presencia de edema y desnutrición de los tejidos. La fragilidad de la piel de los mayores incrementa este riesgo.

Embolia pulmonar

La incidencia de émbolos pulmonares es alta en personas mayores, aunque su detección y diagnóstico en este grupo de edad constituyen un desafío. Los pacientes con alto riesgo de sufrir este problema son aquéllos con fractura de cadera, ICC, arritmias y antecedente de trombosis. Inmovilización y desnutrición, que son problemas frecuentes en adultos mayores, pueden contribuir a la formación de émbolos pulmonares. Entre los síntomas que deben buscarse se encuentran: confusión, aprensión, aumento de disnea, ligero incremento de la temperatura, neumonía y velocidad de sedimentación elevada. Los pacientes mayores tal vez no experimenten dolor torácico a causa de decremento de la sensibilidad y su dolor puede atribuirse a otros trastornos que padece. Pueden obtenerse imágenes pulmonares o angiografía para confirmar el diagnóstico y establecer localización, tamaño y magnitud del problema. El tratamiento de los émbolos pulmonares en mayores no difiere en grado significativo del que se administra a jóvenes.

PLAN DE CUIDADOS ENFERMEROS 20-1

EL ADULTO MAYOR CON INSUFICIENCIA CARDÍACA

Diagnóstico enfermero: Intolerancia a la actividad relacionada con disminución del gasto cardíaco, dolor, disnea, fatiga.

Objetivo	Intervenciones enfermeras
El paciente tolera actividad ligera a moderada sin dolor, disnea o arritmias	■ Valorar la capacidad del individuo para realizar actividades cotidianas; notar la presencia de síntomas con diversos niveles de actividad ■ Programar a fin de evitar el acúmulo de actividades extenuantes (p. ej., baño, prueba diagnóstica, fisioterapia); planear períodos de reposo antes y después de las actividades ■ Consultar con el médico para diseñar un plan que incremente de manera gradual actividad; vigilar la respuesta y ajustar la actividad en consecuencia ■ Administrar oxígeno según se requiera y prescriba; usar dispositivos nasales en vez de mascarilla porque ésta tiende a incrementar aún más la ansiedad y quizá no se ajuste adecuadamente a la cara del paciente. (Tener presente que es posible que el oxígeno se prescriba a menores concentraciones o que esté contraindicado para pacientes con hipoxia crónica.) ■ Prevenir y controlar el dolor; estar alerta a manifestaciones peculiares de dolor en personas mayores (p. ej., estado mental alterado, aprensión, cambios en la capacidad funcional) ■ Valorar los signos vitales en reposo y con actividad. Tomar nota de signos de disminución del gasto cardíaco (p. ej., caída de la presión arterial, aumento del pulso) ■ Monitorizar el gasto cardíaco según se ordene, vía electrocardiografía o telemetría ■ Administrar antiarrítmicos según se prescriba; vigilar la respuesta ■ Tomar nota de alteraciones en el estado mental que pudieran indicar hipoxia cerebral (p. ej., confusión, inquietud, decremento del nivel de consciencia, agitación) ■ Proporcionar actividades de distracción que se ajusten al nivel de tolerancia a la actividad

Diagnóstico enfermero: Deterioro de integridad cutánea relacionado con edema y nutrición tisular deficiente.

Objetivo	Intervenciones enfermeras
El paciente no presenta úlceras por presión u otras alteraciones de la integridad cutánea	■ Determinar el tiempo que el paciente puede permanecer en una posición antes de que se presenten signos de presión; crear un horario individualizado de cambios de posición ■ Usar cojines y otros medios de protección ■ Mantener la piel limpia y seca ■ Asegurarse de que el paciente reciba una alimentación adecuada; consultar con el nutricionista para desarrollar un plan alimentario según se requiera

Diagnósticos enfermeros: exceso de volumen de líquidos relacionado con acción de bombeo ineficaz del corazón; desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades por anorexia, disnea, restricciones dietéticas, efectos secundarios de tratamientos.

Objetivo	Intervenciones enfermeras
El paciente describe las necesidades del plan de atención y las medidas de autocuidado El paciente demuestra los autocuidados máximos	■ Pesar al paciente a diario (misma hora, misma cantidad de ropa, misma báscula); registrar e informar los cambios de peso mayores de 1,5 kg sin relación con cambios dietéticos ■ Inspeccionar extremidades, zonas periorbitarias y sacro en busca de edema; valorar en busca de distensión venosa yugular ■ Elevar y apoyar las extremidades cuando el paciente está sentado ■ Aplicar medias antiembolia o vendas elásticas según se ordene; retirar por 10 min cada 8 h e inspeccionar la piel ■ Verificar que el paciente cumpla con las restricciones de líquido y sodio según pautas; educar al paciente según se requiera ■ Registrar y evaluar ingresos y egresos ■ Consultar con el dietista acerca de restricciones alimentarias e incorporar las preferencias del paciente en la dieta ■ Administrar diuréticos según se ordene; observar en busca de signos de desequilibrios hidroelectrolíticos relacionados; educar al paciente según se requiera ■ Vigilar la densidad relativa y los resultados del laboratorio (p. ej., nitrógeno de urea sanguínea, creatinina, electrólitos) ■ Instruir al paciente para que identifique e informe síntomas de empeoramiento de su estado (p. ej., hinchazón de tobillos, anorexia, aumento de peso, disnea)

Diagnóstico enfermero: Conocimientos deficientes con respecto a cambios en el modo de vida y necesidades de atención relacionados con insuficiencia cardíaca congestiva.

Objetivo	Intervenciones enfermeras
El paciente describe las necesidades del plan de atención y las medidas de autocuidado El paciente demuestra los autocuidados máximos	■ Valorar las necesidades de aprendizaje ■ Consultar con el equipo multidisciplinar acerca de las recomendaciones relativas a dieta y consumo de líquidos, actividad, fármacos, directrices sobre ejercicio y otras precauciones ■ Enseñar al paciente a distribuir reposo y actividad a lo largo del día para reducir la carga de trabajo cardíaco ■ Revisar los síntomas que el paciente debe identificar e informar, como incremento de peso ≥ 1,5 kg en un lapso de 1 día o más, aumento de fatiga o debilidad, mareo, desmayo o sensación de desmayo, edema, falta de aliento, disnea con actividades que antes se toleraban, tos, dolor precordial, dolor abdominal o meteorismo, sangrado, equimosis o vómito ■ Referir a servicios de la comunidad según se necesite (p. ej., grupos de apoyo, clases de cocina saludable) ■ Dar los números telefónicos de médico, coordinador de servicios y otros contactos importantes

Arteriopatía coronaria

Arteriopatía coronaria es el nombre que suele darse a la enfermedad cardíaca isquémica. La prevalencia aumenta con la edad, de modo que la mayoría de las personas de 70 años o más sufre alguna modalidad de este trastorno.

Angina

El síndrome anginoso, un síntoma de isquemia de miocardio, se presenta con un patrón atípico en personas mayores, lo cual dificulta la detección. El dolor puede ser difuso y menos intenso que el descrito por adultos más jóvenes. Tal vez la primera

indicación de este problema sea molestia vaga bajo el esternón, con frecuencia después de esfuerzo o una comida abundante. El tipo de dolor descrito y la relación del inicio del dolor con una comida pueden hacer que el paciente y el profesional de la salud atribuyan la molestia a indigestión. Conforme el trastorno avanza, es posible que el paciente experimente dolor precordial que se irradia hacia el brazo izquierdo. Otros síntomas incluyen tos, síncope, sudoración con el esfuerzo y episodios de confusión.

La recurrencia de síndromes anginosos durante muchos años puede causar la formación de pequeñas zonas de necrosis y fibrosis del miocardio. Con el tiempo aparece fibrosis miocárdica difusa, que debilita el miocardio con riesgo de ICC.

La nitroglicerina ha sido eficaz para prevenir y tratar los ataques anginosos. Las personas mayores tienen mayor probabilidad de experimentar hipotensión ortostática con nitratos secundaria a pérdida de la reactividad vasomotora y de los barorreceptores. Ya que este fármaco puede reducir la presión arterial, a veces se indican dosis menores. La enfermera debe advertir al paciente que se siente o acueste después de tomar la tableta para prevenir episodios de desmayo y caídas. Para no deglutir la tableta, lo que bloquearía su absorción, los pacientes no deben pasar saliva durante varios minutos después de la administración sublingual. A los mayores no suelen prescribírseles nitratos de efecto prolongado.

Para prevenir síndromes anginosos, la enfermera enseña al paciente a evitar factores que agravan este problema, como viento frío, estrés emocional, actividad extenuante, anemia, taquicardia, arritmias e hipertiroidismo. Se ha demostrado que la acupuntura reduce la frecuencia y gravedad de los ataques anginosos en algunos individuos, y debe ser considerada. Debido a que el dolor relacionado con un IM puede ser similar al de la angina, se instruye a los pacientes para que notifiquen al médico o la enfermera en caso de que la nitroglicerina no alivie el dolor. El interrogatorio al paciente debe incluir los factores que precipitan los ataques, así como la naturaleza del dolor y la descripción que de éste hace, el método de tratamiento y el número de tabletas de nitroglicerina que suele usar para aliviar el ataque. El plan de atención se complementa con educación y apoyo para reducir los factores de riesgo.

CONCEPTO CLAVE

Algunos ataques anginosos pueden prevenirse evitando factores como viento frío, estrés emocional, actividad extenuante, anemia y taquicardia.

Infarto de miocardio

El IM es frecuente en personas mayores, en especial en varones con antecedente de hipertensión y arterioesclerosis. El diagnóstico de IM puede demorarse u omitirse en adultos mayores a causa de un conjunto atípico de síntomas y la ausencia de dolor. Los síntomas incluyen dolor que se irradia a brazo izquierdo, totalidad del tórax, cuello, mandíbula y abdomen; entumecimiento de brazos, cuello o espalda; confusión; humedad y palidez de la piel; descenso de la presión arterial; síncope; falta

de aliento; tos; fiebre de grado bajo; y velocidad de sedimentación elevada. Deben vigilarse los egresos, porque puede ocurrir anuria parcial o completa cuando este problema persiste. Son posibles arritmias, que avanzan a fibrilación y la muerte si no se tratan.

En el tratamiento del IM la tendencia ha sido reducir el tiempo de reposo en cama y sustituir el reposo absoluto por la alternancia con períodos que el paciente pasa sentado en una silla con descansabrazos al lado de la cama. Se ayuda al paciente a sentarse, con esfuerzo mínimo de su parte. Sus brazos deben tener apoyo para evitar tensión cardíaca. Estos períodos en una silla con descansabrazos no sólo ayudan a prevenir muchas de las complicaciones relacionadas con la inmovilidad, sino que además previenen la acumulación de la sangre en los vasos prepulmonares, lo cual reduce el trabajo cardíaco.

Se alienta la ambulación temprana después de un IM. Por lo común se permite que el paciente se levante de la cama a los pocos días de un IM no complicado y que sea ambulatorio poco después. Dejar la cama pronto puede ser benéfico para el corazón (usar el orinal impone más trabajo al corazón que recurrir al cómodo), mantiene la condición física y ayuda a prevenir complicaciones relacionadas con la inmovilidad.

Suele usarse tratamiento trombolítico y, dado que las personas mayores son más susceptibles a la hemorragia cerebral e intestinal, la observación de la enfermera en busca de signos de sangrado es esencial. Las enfermeras deben estar alertas a los signos de edema pulmonar e ICC en desarrollo, que son complicaciones potenciales para el paciente geriátrico con un IM. Éstas y otras observaciones, como las de disnea persistente, cianosis, descenso de la presión arterial, aumento de la temperatura y arritmias, reflejan un problema para la recuperación del paciente y deben informarse al médico de inmediato.

Se ha demostrado que los programas de acondicionamiento físico son beneficiosos para las personas mayores con arteriopatía coronaria a fin de mejorar la capacidad funcional cardíaca, reducir los episodios isquémicos, abatir el riesgo de complicaciones y promover la sensación de bienestar y control sobre la enfermedad. Caminar, nadar e ir en bicicleta son excelentes formas aeróbicas rítmicas de ejercicio para mayores. No necesariamente se excluyen deportes de gran intensidad, pero presentan un mayor desafío para controlar la frecuencia cardíaca durante su realización. Todas las sesiones de ejercicio deben comenzar con un calentamiento de 5 min y terminar con un enfriamiento de 5 a 10 min a base de ejercicio de baja intensidad. Las enfermeras han de aconsejar a los pacientes que se sometan a evaluación médica y prueba de esfuerzo antes de iniciar un programa de acondicionamiento físico. Por lo general se recomienda una frecuencia cardíaca de alrededor del 70% al 85% de la máxima durante el ejercicio.

CONCEPTO CLAVE

Los programas de acondicionamiento físico para adultos mayores con arteriopatía coronaria pueden mejorar la capacidad funcional cardíaca, reducir los episodios isquémicos, aminorar el riesgo de complicaciones y promover una sensación de bienestar y control sobre la enfermedad.

Hiperlipidemia

El riesgo de arteriopatía coronaria relacionado con colesterol total elevado aumenta con la edad, debido en mayor medida a incrementos de las lipoproteínas de baja densidad (LBD). Además de la edad, las personas mayores pueden tener afecciones con el riesgo de causar trastornos de las lipoproteínas, como diabetes no controlada, hipotiroidismo, uremia y síndrome nefrótico, o bien estar tomando corticoesteroides, diuréticos tiazídicos y otros fármacos que elevan el riesgo.

Diagnóstico

La evaluación del paciente incluye la obtención de un perfil lipídico completo en vez de únicamente la concentración plasmática de colesterol total. Ya que los valores de colesterol pueden cambiar de un día a otro, no debe usarse un solo valor de laboratorio para clasificar a un paciente. Las concentraciones de triglicéridos son sensibles a los alimentos; por lo tanto, para una prueba de detección significativa se requiere que el paciente ayune por 12 h antes de la toma de la muestra. Es deseable un valor de HDL de más de 60 mg/dl, una concentración de triglicéridos de más de 200 mg/dl es limítrofe y una mayor de 240 mg/dl es excesiva. Se recomienda un valor de LBD menor de 100 mg/dl en personas con cardiopatía coronaria o diabetes; menos de 130 mg/dl para sujetos sin cardiopatía coronaria o diabetes pero con dos o más factores de riesgo coronario; y menos de 160 mg/dl para individuos sin cardiopatía coronaria o diabetes que tienen un factor de riesgo o ninguno.

Si se descartan causas secundarias de trastornos de las lipoproteínas (p. ej., alimentación con abundante grasa saturada o colesterol, consumo excesivo de alcohol, complementos exógenos de estrógeno, diabetes mal controlada, uremia y uso de β-bloqueadores o corticoesteroides), es posible que haya un trastorno primario o familiar de las lipoproteínas. Las lipoproteinemias familiares más comunes se transmiten como rasgos autosómicos dominantes, de modo que los hijos de personas mayores afectadas por este trastorno deben ser investigados y aconsejados acerca de prácticas de estilos de vida que previenen la hipercolesterolemia.

Tratamiento

Los cambios alimentarios y el ejercicio son las medidas iniciales para tratar este trastorno. La dieta del paso 1 de la American Heart Association (AHA) se recomienda para el tratamiento inicial. Si el paciente ya sigue una dieta similar a la del paso 1, se prescribe una dieta del paso 2. La enfermera gerontológica debe referir a los pacientes a un nutricionista para que los oriente sobre estas dietas. Como ya se dijo, la dieta de Dean Ornish es más restrictiva que la de la AHA y se ha demostrado que mejora los valores de LBD. En el recuadro 20-5 se presentan algunas directrices alimentarias generales. Perder peso y limitar el consumo de alcohol son otras prácticas de modo de vida que pueden ayudar.

Puede usarse una variedad de fármacos si las modificaciones dietéticas y de modo de vida no tienen resultados. Los fármacos de primera elección para colesterol LBD elevado son los inhibidores de la 3-hidroxi-3-metilglutaril-coenzima (HMG-CoA) reductasa (p. ej., atorvastatina, fluvastatina, lovastatina, pravas-tatina, rosuvastatina y

simvastatina). Esta clase de fármacos, también llamados estatinas, es muy eficaz para reducir los valores de colesterol LBD y tiene pocos efectos secundarios inmediatos y a corto plazo. También se usan secuestradores de ácidos biliares (colestiramina y colestipol), ácido nicotínico (niacina), HMG-CoA, derivados del ácido fíbrico (gemfibrozilo y clofibrato) y ácidos grasos Ω-3 (aceites de pescado).

RECUADRO 20-5 Directrices alimentarias generales para personas con trastornos hiperlipoproteínicos

Reducir el consumo de yema de huevo y vísceras de animales.
Elevar el consumo de fibra soluble (p. ej., cebada, avena).
Disminuir la ingesta de carne y sustituirla por pescado, pollo y pavo.
Sustituir los aceites de cocina por aceite de oliva.
Usar leche descremada y requesón bajo en grasa.
Sustituir las salsas a base de crema por suero de mantequilla.
Comer abundantes frutas y hortalizas.

Algunas terapias complementarias también han mostrado beneficios para reducir las concentraciones de colesterol, como fibra hidrosoluble (avena, goma guar, pectina y fibras mixtas), complementos de ajo, té verde, vitaminas antioxidantes A, C y E, y β-caroteno.

Arritmias

La intoxicación por digitálicos, la hipopotasemia, las infecciones agudas, la hemorragia, el síndrome anginoso y la insuficiencia coronaria son algunos de los muchos factores que incrementan la incidencia de arritmias con la edad. De las causas mencionadas, la intoxicación por digitálicos es la más común. Los síntomas relacionados con las arritmias comprenden debilidad, fatiga, palpitaciones, confusión, mareo, hipotensión, bradicardia y síncope.

Los principios básicos del tratamiento de las arritmias no varían mucho para las personas mayores. Tranquilizantes, antiarrítmicos, digitálicos y complementos de potasio son parte del tratamiento prescrito; también es posible la cardioversión. Suele ser necesario educar al paciente para que modifique sus patrones de alimentación, tabaquismo, bebida y actividad. La enfermera debe saber que la intoxicación por digitálicos puede progresar con ausencia de signos clínicos y valores sanguíneos dentro del intervalo normal, y que los efectos pueden ser evidentes incluso dos semanas después de que se suspendió el fármaco. Esto refuerza la importancia de la valoración y la vigilancia enfermera para detectar cambios sutiles y síntomas atípicos. Los pacientes mayores tienen una mortalidad más alta por paro cardíaco que otros segmentos de la población, lo cual enfatiza la necesidad de vigilancia y detección temprana de problemas para prevenir esta grave complicación.

Vasculopatía periférica

Arterioesclerosis

La arterioesclerosis es un problema común entre personas mayores, en especial las que tienen diabetes. A diferencia de la ateroesclerosis, que suele afectar los grandes vasos que salen del corazón, la arterioesclerosis afecta más a menudo los vasos más pequeños y más alejados del corazón. Arteriografía y radiografía permiten diagnosticar arterioesclerosis, y mediante oscilometría es posible valorar el pulso arterial a diferentes niveles. Si la temperatura superficial se evalúa como una medida diagnóstica, la enfermera debe mantener al paciente a una temperatura ambiente tibia estable por un mínimo de 1 h antes de la prueba. El tratamiento de la arterioesclerosis incluye reposo en cama, calor, ejercicios de Buerger-Allen (recuadro 20-6) y vasodilatadores. En ocasiones se logra un efecto de vasodilatación permanente por medio de ganglionectomía simpática.

Problemas especiales relacionados con la diabetes

Las personas con diabetes, que se encuentran en alto riesgo de sufrir problemas vasculares periféricos y complicaciones vinculadas, suelen presentar neuropatías diabéticas e infecciones relacionadas con diabetes que afectan vasos de todo el cuerpo. La insuficiencia arterial puede presentarse de varias maneras. Es posible que ocurra dolor en reposo como resultado de claudicación intermitente; los pulsos arteriales pueden ser difíciles de hallar o estar del todo ausentes; y tal vez haya cambio de color de la piel, úlceras y gangrena. Las medidas diagnósticas, similares a las usadas para determinar el grado de insuficiencia arterial en otros trastornos, comprenden oscilometría, pruebas de elevación y dependencia, y palpación de pulsos y temperaturas cutáneas en diferentes sitios. Cuando la cirugía es posible, puede realizarse arteriografía para establecer el tamaño y la localización exactos de la lesión arterial. El tratamiento seleccionado depende de la magnitud de la enfermedad. Caminar puede promover la circulación colateral y constituir un tratamiento suficiente si la claudicación intermitente es el único problema. Los analgésicos suelen aliviar el dolor en reposo.

RECUADRO 20-6 Ejercicios de Buerger-Allen

Se instruye al paciente para que realice los ejercicios de Buerger-Allen siguiendo estos pasos:

1. Acostarse boca arriba con las piernas elevadas por encima del nivel del corazón hasta que se observe palidez (unos 2 min; figura A).

A

Apoyo para las piernas

2. Sentarse en el borde de la cama; bajar las piernas para llenar los vasos y mover los pies hasta que las piernas adquieran un tono rosado (unos 5 min; figura B).

B

3. Permanecer acostado boca arriba unos 5 min antes de repetir el ejercicio (figura C).

C

4. Repetir todo el ejercicio cinco veces, o según se tolere, en tres ocasiones distintas durante el día. Ayudar al paciente con los cambios de posición porque puede ocurrir hipotensión postural. Tomar nota de la tolerancia del paciente al esfuerzo y la eficacia de la intervención.

Puesto que es posible que muchos adultos mayores de la actualidad sean testigos de la discapacidad grave y muerte de personas con la enfermedad que ellos han conocido durante su vida, es necesario asegurarles que los métodos de tratamiento médico y quirúrgico —que quizá ni siquiera existían en la época de sus padres y abuelos— elevan sus probabilidades de llevar una vida plena e independiente.

Aneurismas

En adultos mayores, la arterioesclerosis avanzada suele ser responsable del desarrollo de aneurismas, aunque éstos también pueden deberse a infección, traumatismo, sífilis y otros factores. Algunos aneurismas se aprecian a simple vista y se sienten como una masa pulsátil a la palpación; otros sólo se detectan por radiografía. Es posible que ocurra trombosis en el aneurisma, lo que ocasiona su oclusión arterial o rotura, que es la complicación más grave relacionada con este problema.

Los aneurismas de la aorta abdominal son más frecuentes en personas mayores. Los pacientes con el antecedente de lesiones arterioescleróticas, angina de pecho, IM e ICC más a menudo sufren aneurismas en esta zona. Una masa pulsátil (a veces dolorosa) en la región umbilical indica un aneurisma aórtico abdominal. Es esencial la pronta corrección para prevenir la rotura. Con la intervención quirúrgica antes de la

rotura se producen menos complicaciones y muertes. Entre las complicaciones que los mayores pueden presentar después de la cirugía por este problema se encuentran hemorragia, IM, accidente cerebrovascular e insuficiencia renal aguda. La enfermera debe observar al paciente en busca de signos de complicaciones postoperatorias.

CONCEPTO CLAVE

Los aneurismas aórticos abdominales constituyen un riesgo elevado en personas con el antecedente de lesiones arterioescleróticas, angina de pecho, infarto de miocardio e insuficiencia cardíaca congestiva.

Pueden desarrollarse aneurismas en arterias periféricas; el sitio más común son las arterias femoral y poplítea. Suele ser posible palpar los aneurismas periféricos, lo cual permite establecer el diagnóstico. La complicación más grave relacionada con aneurismas periféricos es la formación de un trombo, que puede ocluir el vaso y causar la pérdida de la extremidad. Como en el caso de los aneurismas aórticos abdominales, el tratamiento temprano reduce el riesgo de complicaciones y muerte. Es factible resecar la lesión y recolocar la porción del vaso extirpada, casi siempre con un material protésico. En determinados pacientes se realiza una simpatectomía lumbar. La enfermera debe tener presente que estos sujetos pueden experimentar la formación de un trombo en el período postoperatorio y debe ayudarlos a prevenir esta complicación.

Varices

Las varices, un problema frecuente en la edad avanzada, pueden deberse a falta de ejercicio, trabajos que requieren permanecer de pie por largos períodos y pérdida de elasticidad y resistencia de los vasos a causa del proceso de envejecimiento. A todas las edades, las varices pueden detectarse porque la vena está dilatada y tortuosa, en especial las venas de la extremidad inferior. Es posible que la persona experimente dolor sordo y calambres de las piernas, a veces lo suficientemente intensos para interferir en el sueño. Quizás el paciente se maree al levantarse, porque la sangre desciende a las extremidades inferiores y la circulación cerebral se reduce. Los efectos de las varices hacen la piel más susceptible a traumatismos e infección, lo cual promueve el desarrollo de lesiones ulcerosas, sobre todo en el paciente obeso o diabético (recuadro 20-7).

CONCEPTO CLAVE

Las personas con varices pueden experimentar mareo cuando se levantan de una posición horizontal porque la sangre desciende a las extremidades inferiores y la circulación cerebral se reduce.

El tratamiento de las varices se dirige a reducir la estasis venosa. El paciente eleva y reposa la extremidad afectada para promover el retorno venoso. El ejercicio, en particular caminar, también favorecerá la circulación. La enfermera debe asegurarse de que medias elásticas y vendajes se usen de manera apropiada y no constrictiva, y

que el paciente esté informado de las causas de su estado venoso (p. ej., permanencia prolongada de pie, cruzar las piernas, usar ropa constrictiva) para prevenir complicaciones y más varices. La ligadura y la flebectomía requieren los mismos principios de atención de las enfermeras que los que se aplican en otros grupos de edad sometidos a dicha intervención.

Tromboembolia venosa

Entre individuos mayores se observa una incidencia creciente de tromboembolia venosa. Los pacientes confinados en cama o que sufrieron una intervención quirúrgica o fracturas recientes de extremidad inferior son candidatos de alto riesgo. Aunque las venas de la pantorrilla son los sitios más frecuentes de este problema, también ocurre en vena cava inferior, el segmento iliofemoral y diversas venas superficiales.

RECUADRO 20-7 Temas que deben incluirse en la enseñanza del paciente con úlcera en la pierna

Las úlceras venosas son resultado de insuficiencia venosa profunda crónica o varices graves. La enfermera debe enseñar a los pacientes con úlceras venosas a promover la perfusión tisular y prevenir complicaciones como sigue:

- Usar la gravedad para promover la circulación y reducir el edema elevando la extremidad inferior cuando está sentado y evitando permanecer de pie o sentado por largos períodos y cruzar las piernas.
- Prevenir la presión en la úlcera usando una estructura elevada en la cama para impedir que las sábanas toquen la extremidad.
- No usar medias o elásticos apretados para evitar constreñir la circulación.
- Controlar el dolor con un analgésico; tomar un anal-gésico unos 30 min antes del cambio de apósitos para reducir parte de la molestia causada por esta intervención.
- Cambiar los apósitos según esté prescrito (si el paciente es incapaz de realizarlo de manera independiente, instruir a un cuidador).
- Promover la circulación con ejercicio (p. ej., caminata, natación, bicicleta estática, dorsiflexión de los pies).

Los signos y síntomas de tromboembolia venosa dependen del vaso implicado. La enfermera debe estar alerta a edema, calor en el sitio afectado y dolor en la planta. El edema puede ser la indicación principal de tromboembolia en las venas de la pantorrilla, porque a menudo no se observan cambios de color ni dolor en personas mayores con este trastorno. Si la vena cava inferior está implicada, habrá hinchazón bilateral, dolor y cianosis de las extremidades inferiores, dilatación de las venas superficiales y sensibilidad a lo largo de las venas femorales. Aparecen signos similares en caso de afección del segmento iliofemoral, pero sólo en la extremidad afectada.

La localización de la tromboembolia determinará el tratamiento. Medias o vendajes elásticos, reposo y elevación de la extremidad afectada promueven el retorno venoso. Pueden administrarse analgésicos para aliviar cualquier dolor asociado. Tal vez se requieran anticoagulantes y quizá se realice cirugía. La enfermera debe ayudar al paciente a evitar situaciones que causan tensión y a

permanecer cómodo y bien hidratado.

CONSIDERACIONES ENFERMERAS GENERALES PARA TRASTORNOS CARDIOVASCULARES

Prevención

La alta incidencia y los efectos potencialmente discapacitantes de la enfermedad cardiovascular demandan acciones concienzudas de las enfermeras gerontológicas para incorporar medidas preventivas en su planificación de cuidados. Educación, orientación, entrenamiento y actividades de rehabilitación/restauración facilitan la prevención en tres niveles:

1. *Primario:* para prevenir enfermedad en adultos mayores sanos.
2. *Secundario:* para reforzar las capacidades de personas a las que se diagnostica enfermedad, a fin de evitar complicaciones y empeoramiento de su estado y lograr la salud y el funcionamiento máximos.
3. *Terciario:* para maximizar capacidades mediante esfuerzos de rehabilitación y restauración de modo que la enfermedad no cause más problemas.

Es útil incorporar las medidas para promover la salud cardiovascular descritas al principio de este capítulo en cualquier plan de promoción de la salud de las personas mayores.

Información al paciente

Las medidas básicas de diagnóstico y tratamiento de problemas cardiovasculares en individuos mayores no difieren en gran medida de las usadas en pacientes más jóvenes y pueden aplicarse las mismas acciones de cuidados enfermeros. A causa de déficits sensitivos, ansiedad, disminución de la memoria o enfermedad, es posible que el paciente mayor no comprenda del todo o no recuerde las explicaciones que se le dieron acerca de las medidas de diagnóstico y tratamiento. Es esencial dar explicaciones completas con refuerzo. Los pacientes y su familia deben tener la oportunidad de hacer preguntas y discutir de forma abierta sus preocupaciones. A menudo intervenciones que a la enfermera le parecen relativamente simples, como las verificaciones frecuentes de los signos vitales, son alarmantes para el paciente y la familia si no están preparados.

Prevención de complicaciones

El edema relacionado con muchas enfermedades cardiovasculares puede promover la rotura cutánea, en especial en personas mayores, cuya piel suele ser más frágil. Son esenciales los cambios frecuentes de posición. El cuerpo debe soportarse en alineación correcta y se evita que brazos y piernas queden suspendidos en el borde de la cama o silla. Una revisión frecuente de la ropa y los dispositivos de protección ayuda a detectar constricción por incremento del edema. La protección, el acolchado y el masaje de los puntos de presión son beneficiosos. Si el paciente va a estar por

tiempo prolongado en una camilla, una mesa de exploración o de quirófano, el acolchado protector en los puntos de presión colocado de antemano proporciona confort y previene la rotura de la piel. Cuando hay mucho edema debe evitarse la actividad excesiva, porque incrementará la circulación del líquido con los desechos tóxicos que contiene y puede causar intoxicación profunda al sujeto. Se vigilan el peso y los contornos de las extremidades y el abdomen para obtener datos cuantitativos acerca de cambios en el estado del edema.

La observación y documentación minuciosas del equilibrio de líquidos revisten especial importancia. En cualquier restricción de líquido que se prescriba, debe alentarse al paciente a que beba para prevenir la deshidratación y facilitar la diuresis; el agua es eficaz para ello. Debe medirse el líquido perdido por cualquier medio, y anotarse volumen, color, olor y densidad relativa de la orina. Los líquidos intravenosos se vigilan de manera cuidadosa, en especial porque la infusión excesiva causa hipervolemia y puede someter a los adultos mayores al riesgo de ICC. La administración intravenosa de solución de glucosa podría estimular una mayor producción de insulina, con la resultante reacción hipoglucémica si se suspende de manera abrupta sin un sustituto adecuado.

Los signos vitales se toman con regularidad, prestando atención estrecha a los cambios. Un aumento de temperatura puede reflejar infección o IM. La temperatura corporal normal suele ser menor en individuos mayores que en adultos jóvenes; es importante registrar la temperatura normal del paciente cuando esté bien a fin de tener una referencia para comparar. Es recomendable detectar y corregir de inmediato las elevaciones de temperatura, porque incrementan el metabolismo y por tanto las demandas corporales de oxígeno, y hacen que el corazón trabaje más. Un descenso de la temperatura desacelera el metabolismo, reduciendo el consumo de oxígeno, la producción de dióxido de carbono y las respiraciones. Un aumento en la presión arterial se vincula con disminución del gasto cardíaco, vasodilatación y menor volumen sanguíneo. La hipotensión puede hacer que la circulación sea insuficiente para satisfacer las necesidades corporales; los síntomas de confusión y mareo podrían indicar circulación cerebral insuficiente secundaria a descenso de la presión arterial. Los cambios del pulso son significativos. Además de problemas cardíacos, es posible que la taquicardia indique hipoxia por obstrucción de vías respiratorias. La bradicardia puede relacionarse con intoxicación por digitálicos.

Con frecuencia se administra oxígeno en el tratamiento de enfermedades cardiovasculares y en pacientes mayores ha de usarse con extrema cautela. La enfermera debe observar de cerca al paciente en busca de hipoxia. Los pacientes que usan una cánula nasal pueden respirar en mayor medida por la boca y reducir su consumo de oxígeno. Aunque una mascarilla facial tal vez remedie este problema, no garantiza que se inspire oxígeno suficiente. Es posible que los pacientes mayores no presenten cianosis como el signo inicial de hipoxia; en cambio, pueden estar inquietos, irritables y disneicos. Estos signos también pueden indicar concentraciones elevadas de oxígeno y en consecuencia narcosis por dióxido de carbono, un riesgo especial en pacientes mayores que reciben oxigenoterapia. Las concentraciones sanguíneas de gas darán información que revelará estos problemas y la observación de la enfermera facilita la corrección temprana.

CONCEPTO CLAVE

En vez de presentar cianosis, los adultos mayores con hipoxia pueden estar inquietos, irritables y disneicos.

A veces la enfermedad cardiovascular se acompaña de anorexia y tal vez se requiera asistencia especial de las enfermeras para ayudar a los pacientes a satisfacer sus necesidades de nutrición. Varias comidas de poca cantidad durante el día en vez de unas pocas comidas copiosas pueden compensar el escaso apetito y reducir el trabajo cardíaco. Los alimentos favoritos, servidos de manera atractiva, también son eficaces. Debe alentarse a los pacientes a que mantengan un consumo regular de glucosa, la principal fuente de energía para el corazón. Tal vez deba educarse sobre la necesidad de dietas bajas en sodio, colesterol y calorías. Deben intentarse modificaciones en las dietas terapéuticas para incorporar alimentos que el sujeto disfruta; es posible que los pacientes rechacen una dieta especial prescrita si consideran que deben renunciar a los alimentos que han sido un componente importante de su vida. Quizá sea necesario negociar soluciones intermedias; una dieta realista aunque imperfecta con la cual los pacientes estén satisfechos tiene más probabilidades de cumplirse que una dieta ideal que los pacientes no aceptan. La enfermera debe revisar los alimentos incluidos en las dietas e informar a los pacientes sobre su contenido de sodio, colesterol y calorías. Entonces se les clasifica como aquellos que pueden consumirse «nunca», «en ocasiones pero no más de una vez al mes» o «cuando se desee». Los pacientes deben aprender a leer las etiquetas de alimentos, bebidas y fármacos en busca del contenido de sodio y entender que las bebidas carbonatadas, determinados preparados analgésicos, los alcalinizantes comerciales y las mezclas caseras con polvo de hornear contienen sodio.

CONCEPTO CLAVE

Una forma de promover la adhesión a una dieta consiste en clasificar los alimentos como aquellos que el paciente puede consumir «nunca», «de manera ocasional» o «cuando lo desee».

El esfuerzo al defecar por estreñimiento, los enemas y la extracción de heces retenidas pueden causar estimulación vagal, una situación particularmente peligrosa para pacientes con enfermedad cardiovascular. Las medidas para prevenir el estreñimiento deben ser parte integral del plan de cuidados para estos pacientes; tal vez se prescriba un producto para ablandar las heces. Si se prescribe reposo en cama, deben realizarse ejercicios de arco de movimiento, porque producen contracciones musculares que comprimen venas periféricas y de este modo facilitan el retorno de la sangre venosa.

Los pacientes débiles o que se quedan dormidos sentados necesitan apoyo en la cabeza y el cuello para prevenir la hiperextensión o hiperflexión de este último. Todas las personas mayores, no sólo las que tienen enfermedad cardiovascular, pueden sufrir disminución del flujo sanguíneo cerebral por compresión de vasos

durante la hiperextensión o hiperflexión. Quienes padecen ICC necesitan colocación y apoyo correctos. Una posición de decúbito parcial con almohadas que apoyen la totalidad de la espalda mantiene la alineación corporal correcta, promueve el confort y ayuda a reducir la congestión pulmonar. La tensión cardíaca se reduce apoyando los brazos con cojines o descansabrazos. Los soportes para los pies previenen la contractura en pie péndulo; se instruye a los pacientes sobre su uso para ejercitarse.

Si aparece congestión hepática, los fármacos suelen destoxificarse con mayor lentitud. Dado que los adultos mayores tal vez tengan ya una menor tasa de destoxificación de fármacos, las enfermeras deben estar muy al pendiente de signos que indiquen reacciones adversas a éstos. En particular, se vigilan los efectos tóxicos de digitálicos, que podrían presentarse con cambio en el estado mental, náuseas, vómito, arritmias y pulso lento. Ya que la hipopotasemia sensibiliza el corazón a los efectos de los digitálicos, es recomendable la prevención mediante dieta apropiada y quizás el uso de complementos de potasio.

Promoción de la circulación

Dado que los adultos mayores experimentan cambios relacionados con la edad y una alta prevalencia de problemas de salud que elevan el riesgo de trastorno de la perfusión tisular, las enfermeras gerontológicas deben promover intervenciones que mejoren la circulación tisular a fin de:

- Asegurar que la presión arterial se mantenga dentro de un intervalo aceptable (por lo común por debajo de 140 mmHg sistólica y 90 mmHg diastólica).
- Prevenir y eliminar fuentes de presión en el organismo.
- Recordar a los pacientes que cambien de posición con frecuencia o ayudarlos a hacerlo.
- Prevenir la acumulación de sangre en las extremidades.
- Alentar la actividad física.
- Prevenir la hipotermia y mantener el cuerpo tibio (sobre todo las extremidades).
- Dar masaje a menos que esté contraindicado (p. ej., en presencia de trombosis venosa profunda y úlcera por presión).
- Vigilar los fármacos en cuanto al efecto secundario de hipotensión.
- Educar para reducir riesgos (p. ej., evitar ingesta exce-siva de alcohol, tabaquismo, obesidad e inactividad).
- Evaluar de manera periódica la salud física y mental en busca de signos y síntomas de trastorno de la perfusión tisular.

Las enfermeras tienen un cometido importante en la prevención de problemas vasculares periféricos. La educación sanitaria de las personas de todas las edades debe reforzar la importancia del ejercicio para promover la circulación; es necesario revisar los factores que interfieren en la circulación óptima, como cruzar las piernas y usar elásticos. Debe alentarse el control del peso, porque la obesidad puede interferir en el retorno venoso. Asimismo se desaconseja el consumo de tabaco, porque es factible que cause espasmos arteriales. Se previenen inmovilidad e hipotensión para evitar la formación de trombos. En la figura 20-1 se ilustran ejercicios favorables para

pacientes con vasculopatía periférica. El yoga y el tai chi también promueven la circulación. Además, pueden prescribirse los ejercicios de Buerger-Allen (*v.* recuadro 20-6) y el paciente y sus familiares o cuidadores deben aprender su realización correcta y confortable. Es importante instruir sobre el uso correcto de medias de soporte o medias elásticas especiales.

CONCEPTO CLAVE

Es posible fomentar la circulación con ejercicio y medias de soporte, y evitando la obesidad, la inmovilidad, la hipotensión y la ropa que constriña.

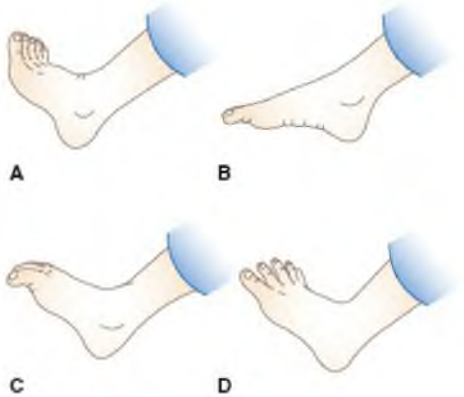


FIGURA 20-1 ■ Ejercicios para pie y dedos. (**A**) Flexión del pie. (**B**) Extensión del pie. (**C**) Flexión de los dedos. (**D**) Separación de los dedos.

Cuidados de los pies

Las personas con vasculopatía periférica deben prestar especial atención al cuidado de los pies, que han de lavarse e inspeccionarse a diario. A fin de evitar lesiones, los pacientes no deben caminar descalzos. Cualquier lesión o cambio de color de los pies se comunica de inmediato al médico o la enfermera. Estos pacientes presentan riesgo de infecciones micóticas a causa de la humedad producida por la transpiración normal de los pies; no es raro que las personas mayores tengan infecciones micóticas bajo las uñas, lo cual pone de relieve la importancia de la inspección regular cuidadosa de las mismas. Si no se trata, una simple infección micótica puede ocasionar gangrena y otras complicaciones graves. Colocar algodón entre los dedos y quitarse los zapatos varias veces al día ayudará a mantener los pies secos. Los zapatos deben ser lo suficientemente grandes para evitar cualquier presión, y lo suficientemente seguros para prevenir lesiones de los pies; deben airearse después de usarse. Los cordones no deben atarse con demasiada fuerza porque pueden ejercer presión. Es posible que las medias de colores contengan pigmentos irritantes y lo mejor es evitarlas; es necesario cambiarlas con regularidad. Si bien los pies deben mantenerse tibios, la aplicación

directa de calor (p. ej. con almohadillas calentadoras, botellas de agua caliente e inmersión) puede elevar el metabolismo y la demanda circulatoria, lo cual complica el problema existente.

Manejo de problemas relacionados con vasculopatía periférica

Pueden ocurrir lesiones isquémicas de los pies en pacientes con vasculopatía periférica. Si hay escaras, deben tratarse para permitir el drenaje. Se requiere desbridamiento cuidadoso para evitar sangrado y traumatismo; los agentes de desbridamiento químico pueden ser útiles. Para controlar la celulitis, tal vez se requieran antibióticos sistémicos. No suelen usarse antibióticos tópicos porque debe ocurrir epitelialización antes de que la flora bacteriana pueda destruirse. Cabe administrar analgésicos para aliviar el dolor implicado. Una nutrición adecuada (en particular consumo suficiente de proteína) y el mantenimiento de la fuerza muscular y el movimiento articular son esenciales. Se efectúan diversas intervenciones quirúrgicas para tratar las lesiones isquémicas de los pies, como revascularización, simpatectomías y amputaciones.

La pérdida de una extremidad puede representar una pérdida significativa de independencia en personas mayores, cualquiera que sea la realidad de la situación. Con el trastorno de la imagen corporal, es posible que se asuman nuevos roles al tiempo que se renuncia a otros. Los pacientes y sus familias necesitan oportunidades para discutir sus temores y preocupaciones. Facilitar la probabilidad de una vida normal y la disponibilidad de aparatos que hacen posibles la ambulación, la conducción y otras actividades tal vez ayude a reducir la ansiedad y promover una adaptación más suave a la amputación. El período de rehabilitación puede ser largo para los mayores y requerir motivación y aliento frecuentes del personal enfermero.

Promoción de la normalidad

Una pregunta que los pacientes mayores con frecuencia no se atreven a formular se relaciona con el impacto de su problema cardiovascular sobre la actividad sexual. Suelen abstenerse de preguntar porque temen ser ridiculizados o causar una conmoción por el hecho de que «alguien de su edad aún se interese en la sexualidad». A menudo se resignan a renunciar a la actividad sexual suponiendo erróneamente que ésta dañaría aún más su corazón; las investigaciones han demostrado que con frecuencia los pacientes se imponen restricciones innecesarias en las actividades sexuales después de ataques cardíacos. Las enfermeras deben alentar la discusión de este tema y plantearlo si los pacientes no lo hacen. Si existe el temor de dañar el corazón por reanudar la actividad sexual, la enfermera debe dar explicaciones realistas, indicando cuándo puede reanudarse dicha actividad, el modo en que los medicamentos pueden afectar el funcionamiento sexual, cómo programar la medicación para un efecto beneficioso durante la actividad sexual y las posiciones que producen menor tensión cardíaca.

CONCEPTO CLAVE

Las enfermeras deben ofrecer a los pacientes explicaciones realistas acerca de la relación de los trastornos cardiovasculares con la actividad sexual.

La relajación y el reposo son importantes en el tratamiento de la enfermedad cardiovascular, y es prudente recordar que un paciente que reposa no necesariamente está relajado. Los factores estresantes de hospitalización, dolor, ignorancia y temor acerca de la discapacidad, las alteraciones en el modo de vida y la posibilidad de morir pueden causar ansiedad, confusión y comportamiento irracional. Es necesario brindar seguridades y apoyo, incluidas explicaciones a fondo de pruebas diagnósticas, rutinas del hospital o institución y otras actividades. La enfermera debe dar oportunidades para que los pacientes y su familia discutan interrogantes, preocupaciones y temores. Las explicaciones realistas de restricciones necesarias y cambios en el modo de vida deben enfatizar que no es necesario hacer de los pacientes «inválidos cardíacos» sólo porque tienen una cardiopatía. La mayoría puede llevar una vida normal y es necesario darle seguridades al respecto. (La enfermera debe estar informada sobre los recursos disponibles para el paciente en la comunidad. A manera de ejemplo, al final del capítulo se presenta una lista de Recursos, donde se enumeran organizaciones de Estados Unidos que ayudan a los pacientes a vivir con trastornos cardiovasculares.)

Integración de tratamientos complementarios

Los beneficios de los digitálicos (derivados de la planta llamada digital) en el tratamiento de las cardiopatías han estimulado el interés por el uso de otras plantas para prevenir y tratar trastornos cardiovasculares. Una planta que resulta eficaz es la baya del espino albar o majuelo, la cual dilata los vasos sanguíneos y por tanto mejora la circulación hacia el corazón, alivia los espasmos de la pared arterial y tiene efecto hipotensor (Mashour, Lin y Frishman, 2000). El ajo, que contiene compuestos azufrados antioxidantes, ha sido de alguna utilidad para disolver coágulos (Fugh-Berman, 2000). Se ha demostrado que el jengibre reduce el colesterol. Es prudente que las personas discutan con el personal de salud el uso de hierbas medicinales y eviten exceder las dosis recomendadas.

Algunas de las medidas no convencionales para facilitar la relajación profunda y reducir el estrés son eficaces para revertir cardiopatías. Se sabe que la meditación incrementa el flujo sanguíneo y el consumo de oxígeno (Canter, 2003), y que la biorrealimentación, la imaginación guiada, el tai chi y el yoga reducen la presión arterial y la frecuencia cardíaca (Astin y cols., 2003). Durante los tratamientos, la acupuntura ha reducido la presión arterial (Turnbull y Patel, 2007).

Algunos pacientes encuentran el yoga beneficioso porque sus diversas asanas (posturas) incrementan la circulación a través de los efectos en glándulas endocrinas y plexos nerviosos. Las técnicas de acupresión y masaje con fricción, amasamiento, percusión y vibración a veces mejoran la circulación. La planta ginkgo biloba es adecuada para mejorar la circulación cerebral y periférica. El futuro ofrecerá más medidas no traumáticas para mejorar la circulación.

Aunque aún están por descubrirse todos los beneficios de los tratamientos

complementarios, estas medidas son menos intrusivas y costosas que las terapéuticas habituales y, en su mayoría, conllevan riesgos mínimos. Las enfermeras deben considerar el empleo de estas terapias para prevenir cardiopatías y complementar los tratamientos habituales cuando existe patología.

CASO A CONSIDERAR

Aunque tiene 68 años de edad, la Sra. U continúa con su carga de trabajo como maestra de tiempo completo en la universidad y no tiene planes de retirarse en un futuro previsible. Mientras caminaba por el campo la semana pasada, experimentó dolor torácico y fue al departamento de urgencias del hospital para evaluarse. Se le diagnosticó un infarto de miocardio y, después de una breve hospitalización, fue enviada a casa con un fármaco trombolítico. Dado que su alimentación era sana y realizaba ejercicio con regularidad, el cardiólogo no recomendó otro tratamiento, pero indicó a la Sra. U que acudiera a verlo a intervalos regulares. La Sra. U está temerosa de reanudar su actividad física y considera el retiro a causa de «su problema cardíaco».

PENSAMIENTO CRÍTICO

- ¿Cuál es la situación de la Sra. U?
- ¿Qué podría hacerse para ayudarla?

LLEVANDO LA INVESTIGACIÓN A LA VIDA

EFECTOS NOCIVOS DE LOS AINE EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN Y ARTERIOPATÍA CORONARIA

Bavry, A. A., Khalign, A., Gong, Y., Handberg, E. M., Cooper-DeHoff, R. M., and Pepine, C. J. (2011). American Journal of Medicine, 124(7), 614–620.

Se sabe poco sobre la seguridad del uso crónico de antiinflamatorios no esteroideos (AINE) en pacientes hipertensos con arteriopatía coronaria. Para explorar este tema, en el presente estudio se dio seguimiento a pacientes con hipertensión y arteriopatía coronaria por una media de 2,7 años. Durante cada visita al consultorio, se interrogó a los pacientes sobre el consumo de AINE. Las personas que informaron usar AINE en cada visita se clasificaron como usuarios crónicos de AINE, mientras que quienes no los usaban o lo hacían de manera ocasional se clasificaron como no usuarios crónicos de AINE.

Los usuarios crónicos de AINE tuvieron un riesgo 47% mayor de muerte o infarto de miocardio (IM) o accidente cerebrovascular no letales, un aumento del 126% de las muertes cardiovasculares y un incremento del 66% de los IM totales. Con base en estas observaciones, los investigadores concluyeron que las personas hipertensas con arteriopatía coronaria deben evitar los AINE.

Dado que son fármacos de venta libre comunes, usados con frecuencia por la población mayor, los resultados de este estudio tienen relevancia. Las enfermeras deben incluir esta advertencia cuando enseñen a los pacientes

con hipertensión y arteriopatía coronaria, e interrogar de manera específica respecto al consumo de AINE durante cada visita de estos pacientes.

REALIDADES PRÁCTICAS

En un programa de vigilancia de la presión arterial y educación en materia de salud en un centro local para adultos mayores se descubre que uno de los participantes, un varón soltero retirado de 76 años, tiene la presión arterial ligeramente elevada. Cuando se le comenta al respecto él reconoce que ha tenido ese antecedente y que su médico le indicó reducir su consumo de sodio. «Es bueno saberlo», dijo el caballero, «pero yo no cocino y mis ingresos son limitados. La mayoría de las veces compro comida preparada o bocadillos. Incluso si tuviera dinero para comprar fruta y hortalizas frescas, y pescado, no los venden en la pequeña tienda local, y yo no conduzco. Hago lo mejor que puedo con lo que tengo».

Lo referido por el hombre acerca de su situación económica, dificultad de transporte y habilidad culinaria es factible, ya que vive en un departamento pequeño en una zona pobre de la ciudad.

¿Cómo podría ayudársele?

EJERCICIO DE PENSAMIENTO CRÍTICO

1. ¿De qué manera el modo de vida del sujeto occidental promedio contribuye al riesgo de sufrir enfermedad cardiovascular en la edad avanzada?
2. Numerar las complicaciones para la salud general de la persona mayor que pueden surgir como resultado de un trastorno cardiovascular.
3. Describir los temas generales que deben abordarse al enseñar a un individuo mayor que se recupera de un infarto de miocardio.
4. ¿Qué medidas podrían recomendarse a los adultos jóvenes para que incorporen en sus prácticas cotidianas la promoción de la salud cardiovascular?

RECURSOS

American Heart Association
http://www.amhrt.org
Mended Hearts (para pacientes con cardiopatía)
http://www.mendedhearts.org
National Amputation Foundation
http://www.nationalamputation.org
National Heart, Lung, and Blood Institute
http://www.nhlbi.nih.gov

REFERENCIAS

Astin, J. A., Shapiro, S. L., Eisenberg, D. M., & Forys, K. L. (2003). Mind-body medicine: State of the science, implications for practice. *Journal of the American Board Family Practice, 16*(2), 131–147.

Campbell, C. L., Smyth, S., Montalescot, G., & Steinhubl, S. R. (2007). Aspirin dose for the prevention of cardiovascular disease: A systematic review. *Journal of the American Medical Association, 297*(18), 2018–2024.

Canter, P. H. (2003). The therapeutic effects of meditation. *British Medical Journal, 326*(7398), 1049–1050.

Frishman, W. H., Azer, V., & Sica, D. (2003). Drug treatment of orthostatic hypotension and vasovagal syncope. *Heart Disease, 5*(1), 49–64.

Fugh-Berman, A. (2000). Herbs and dietary supplements in the prevention and treatment of cardiovascular disease. *Preventive Cardiology, 3*(1), 24–32.

Klatsky, A. L., & Udaltsova, N. (2007). Alcohol drinking and total mortality risk. *Annals of Epidemiology, 15*(5 Suppl.), S63–S67.

Leighton, F., & Urquiaga, I. (2007). Changes in cardiovascular risk factors associated with wine consumption in intervention studies in humans. *Annals of Epidemiology, 17*(5 Suppl.), S32–S36.

Mashour, N. H., Lin, G. I., & Frishman, W. H. (2000). Herbal medicine for the treatment of cardiovascular disease. In P. B. Fontanarosa (Ed.), *Alternative medicine: An objective assessment* (p. 286). Chicago: American Medical Association.

Ornish, D. (2005). Comparison of diets for weight loss and heart disease risk reduction. *Journal of the American Medical Association, 293*(13), 1589–1590.

Ornish, D. (2008). *Dr. Dean Ornish's program for reversing heart disease*. New York, NY: Ivy Books.

Ridker, P. M. (2003). Clinical application of C-reactive protein for cardiovascular disease detection and prevention. *Circulation, 107*(3), 363–369.

Turnbull, F., & Patel, A. (2007). Acupuncture for blood pressure lowering: Needling the truth. *Circulation, 115*(24), 3048–3049.

Wang, L., Gaziano, J. M., Liu, S., Manson, J. E., Buring, J. E., & Sesso, H. D. (2007). Whole- and refined-grain intakes and the risk of hypertension in women. *American Journal of Clinical Nutrition, 86*(2), 472–479.

Yeh, G. Y., Davis, R. B., & Phillips, R. S. (2006). Use of complementary therapies in patients with cardiovascular disease. *American Journal of Cardiology, 98*(5), 673–680.

LECTURAS RECOMENDADAS

Las lecturas recomendadas relacionadas con este capítulo pueden encontrarse en el sitio web que acompaña al libro. Visítese thepoint.lww.com/espanol-Eliopoulos8e para acceder a las lecturas recomendadas y otros recursos adicionales vinculados con este capítulo.

CAPÍTULO 21

Digestión y evacuación

RESUMEN DEL CAPÍTULO

Efectos del envejecimiento en la salud gastrointestinal

Promoción de la salud gastrointestinal

Trastornos gastrointestinales seleccionados y consideraciones enfermeras pertinentes

- Sequedad bucal (xerostomía).
- Problemas dentales.
- Disfagia.
- Hernia hiatal.
- Cáncer esofágico.
- Úlcera péptica.
- Cáncer de estómago.
- Enfermedad diverticular.
- Cáncer colorrectal.
- Estreñimiento crónico.
- Flatulencia.
- Obstrucción intestinal.
- Retención fecal.
- Incontinencia fecal.

Apendicitis aguda.
Cáncer de páncreas.
Enfermedad de conductos biliares.

Resumen

OBJETIVOS DE APRENDIZAJE

Después de estudiar este capítulo, el lector será capaz de:

1. Describir el modo en que el envejecimiento afecta la salud gastrointestinal.
2. Discutir medidas para promover la salud gastrointestinal en adultos mayores.
3. Enumerar signos, síntomas y manejo de trastornos gastrointestinales seleccionados en los mayores.

CONCEPTOS BÁSICOS

Anorexia: falta de apetito.
Colelitiasis: formación o presencia de cálculos en la vesícula biliar.
Desdentado: sin dientes.
Disfagia: dificultad para deglutir.
Disfagia bucofaríngea: dificultad para transferir el bolo alimenticio o el líquido desde la boca hacia la faringe y el esófago.
Disfagia esofágica: dificultar para transferir el alimento por el esófago.
Diverticulitis: inflamación o infección de las bolsas de la mucosa intestinal.
Flato: gas intestinal.
Gingivitis: inflamación de las encías.
Hernia hiatal: protrusión de parte del estómago a través de la abertura del diafragma.
Incontinencia fecal: defecación involuntaria.
Periodontitis: inflamación de las encías que se extiende hasta los tejidos subyacentes, las raíces dentales y el hueso.
Presbiesófago: cambios relacionados con la edad que ocurren en el esófago; reducen la fuerza de las contracciones esofágicas y hacen más lento el transporte del alimento a lo largo de dicho conducto.

La digestión y la evacuación intestinal son funciones importantes del tubo digestivo. Mueren menos personas mayores por problemas digestivos que por enfermedades de otros aparatos y sistemas; sin embargo, dichos problemas a menudo son la causa de muchas quejas y molestias en ese grupo de edad. Indigestión, eructos, diarrea, estreñimiento, náuseas, vómito, anorexia, aumento o pérdida de peso y flatulencia son algunas de las molestias que ocurren con frecuencia creciente, aun en ausencia de causa orgánica. La incidencia de la enfermedad de la vesícula biliar y diversos cánceres del tubo digestivo aumenta en la vejez. A lo que hay que añadir desnutrición, uso de fármacos, emociones, inactividad y varios otros factores que

influyen en la salud gastrointestinal.

Los mayores suelen ser conscientes de sus molestias gastrointestinales y recurren a diversas medidas para tratar los síntomas de estos problemas. En algunas situaciones, la desinformación interfiere en la salud gastrointestinal (p. ej., suponer que la pérdida de los dientes es normal o creer que es esencial tomar un laxante a diario); en otras circunstancias, la automedicación puede demorar el diagnóstico de enfermedades (p. ej., los antiácidos enmascaran los síntomas de cáncer de estómago). Las enfermeras gerontológicas tienen un cometido importante en la promoción de la salud gastrointestinal en personas mayores y en la intervención cuando aparecen problemas.

EFECTOS DEL ENVEJECIMIENTO EN LA SALUD GASTROINTESTINAL

El aparato digestivo y sus estructuras accesorias experimentan cambios significativos con la edad (*v.* cap. 5). La lengua se atrofia, lo cual afecta las papilas gustativas y reduce la percepción de los sabores. Los cambios en las sensaciones gustativas también pueden relacionarse con xerostomía (sequedad bucal), efectos de algunos fármacos, enfermedades y tabaquismo. La producción de saliva disminuye y puede ser más difícil deglutir. El presbiesófago, es decir, los cambios degenerativos en el músculo liso que recubre la parte inferior del esófago, da por resultado contracciones esofágicas más débiles y debilidad del esfínter. Como la motilidad del esófago y estómago disminuyen, es posible que el alimento permanezca en la parte superior del aparato digestivo; en consecuencia existe el riesgo de indigestión y aspiración. La disminución de la elasticidad del estómago reduce la cantidad de alimento que éste puede contener a lavez. En los mayores, el estómago tiene pH más alto como resultado de la declinación de ácido clorhídrico y pepsina; esto contribuye a una mayor incidencia de irritación gástrica en etapas avanzadas de la vida. La menor presencia de pepsina puede interferir en la absorción de proteína, mientras que el decremento del ácido clorhídrico a veces dificulta la absorción de calcio, hierro, ácido fólico y vitamina B_{12}. Hay menos células en la superficie absorbente de las paredes intestinales, lo cual afecta la absorción de dextrosa, xilosa, calcio, hierro y vitaminas B, B_{12} y D.

El peristaltismo más lento, la inactividad, el menor consumo de alimentos y líquidos, los fármacos y la alimentación baja en fibra son las causas de la alta incidencia de estreñimiento en individuos mayores. La merma de la percepción sensitiva llega a hacer que la señal para la evacuación intestinal pase inadvertida, lo que puede provocar estreñimiento. También existe la tendencia a una evacuación incompleta al ir al baño; 30 a 45 min después de la defecación inicial será necesario evacuar el resto de la masa fecal o de lo contrario pueden presentarse problemas.

La estructura de la vesícula biliar y los conductos biliares no cambia con la edad; sin embargo, la síntesis de sales biliares decrece, lo que contribuye al riesgo de formación de cálculos. El páncreas experimenta fibrosis, atrofia y formación de depósitos de ácidos grasos, junto con decremento de las secreciones pancreáticas;

esto puede afectar la digestión de grasas y contribuir a intolerancia a los alimentos grasosos. Aunque el tamaño del hígado se reduce con la edad, su funcionamiento permanece dentro de los límites normales. El flujo sanguíneo hepático puede reducirse como resultado de disminución del gasto cardíaco.

PROMOCIÓN DE LA SALUD GASTROINTESTINAL

Es posible evitar diversos trastornos gastrointestinales por medio de buenas prácticas de salud. Higiene dental adecuada (recuadro 21-1) y visitas regulares al dentista previenen problemas que amenazan el ingreso nutricional, la salud general, el confort y la imagen corporal. El consumo adecuado (en cantidad y calidad) de alimentos favorece la salud general y minimiza el riesgo de indigestión y estreñimiento. (*v.* en cap. 14 información más específica sobre modos de promover la salud nutricional.) El conocimiento de la relación entre fármacos y salud gastrointestinal también es importante.

RECUADRO 21-1 Hábitos de salud bucal para adultos mayores

- Cepillar todas las superficies dentales y la lengua al menos dos veces al día con un cepillo de cerdas blandas y dentífrico fluorado. Realizar un movimiento de cepillado de arriba-abajo. Si existiera artritis, debilidad u otros problemas que interfieren en la capacidad de cepillar los dientes de manera adecuada, conseguir un cepillo de mango grande, accionado por baterías, o que se conecte a la toma eléctrica.
- Pasar la seda dental entre los dientes todos los días. Existen dispositivos que ayudan a manipularla para compensar la dificultad de los dedos artríticos u otros problemas que pueden interferir en el uso de la misma.
- Si se usa enjuague bucal, evitar los que contienen alcohol. (El enjuague bucal no es un sustituto del cepillado.)
- Deben evitarse los aplicadores con punta de algodón (p. ej., los de limón-glicerina) porque secan la mucosa bucal y erosionan el esmalte de los dientes.
- Cepillar los dientes o enjuagar la boca después de consumir caramelos u otras golosinas.
- Si se usan dentaduras postizas, retirarlas por la noche y enjuagarlas en agua. Limpiar las dentaduras y las encías antes de volver a colocarlas en la boca.
- Si se consumen caramelos o goma de mascar, elegir las variedades sin azúcar.
- Visitar al dentista cada seis meses. Se pueden admitir visitas menos frecuentes si se usan dentaduras completas, pero la evaluación dental sigue siendo importante para detectar enfermedades bucales; consultar con un dentista la frecuencia recomendada.

Es necesario que los mayores incorporen en sus rutinas diarias medidas naturales para promover la evacuación intestinal, como ingesta adecuada de líquidos, abundantes frutas y hortalizas, actividad y establecimiento de una hora regular para la defecación (fig. 21-1). Se recomienda un consumo de 20 a 35 g/ día de fibra con los alimentos; sin embargo, si el consumo de fibra ha sido bajo, la cantidad debe incrementarse de manera gradual para prevenir flatos, meteorismo, diarrea y otros síntomas. Si a una persona le desagradan los alimentos ricos en fibra, éstos pueden agregarse a otros (p. ej., se añade salvado de trigo a la carne molida de vaca o a los panecillos) para disimular el sabor. El aumento en el consumo de fibra debe

acompañarse de abundantes líquidos. Debido a la tendencia a la evacuación intestinal incompleta, debe darse la oportunidad para la defecación completa y para intentos repetidos de eliminación ulterior. A veces, el que una persona mayor solicite ser llevada al baño o disponer de un cómodo para la evacuación intestinal poco después de que defecó, se contempla como una solicitud caprichosa y no se atiende; no es raro que entonces los responsables se pregunten por las razones de la incontinencia fecal. Es útil que los adultos mayores intenten defecar después del desayuno, porque la actividad matutina y la ingestión de alimento y líquido tras un período de reposo estimulan el peristaltismo.

Una valoración perspicaz revelará problemas que los pacientes pueden no haber comunicado a los profesionales e identificará prácticas que interfieren en la salud (Guía de valoración 21-1). En la tabla Diagnóstico enfermero 21-1 se enumeran posibles diagnósticos relacionados con problemas gastrointestinales.

FIGURA 21-1 ■ Una alimentación con abundantes frutas y hortalizas es una manera natural de promover la evacuación intestinal.

GUÍA DE VALORACIÓN 21-1

FUNCIONAMIENTO GASTROINTESTINAL

OBSERVACIONES GENERALES

- *Aspecto general.* Es posible que la palidez se relacione con pérdida de sangre por hemorragia gastrointestinal. Debilidad y fatiga pueden deberse a desnutrición, desequilibrios hidroelectrolíticos o sangrado. Debe tomarse nota de la presencia de obesidad o delgadez inusual.
- *Olores.* Los olores inusuales del aliento pueden relacionarse con trastornos. La halitosis indica higiene bucal deficiente, enfermedad de cavidad bucal o esófago, absceso o infección pulmonares, enfermedad hepática o uremia.
- *Piel.* La sequedad y escasa turgencia de la piel tal vez indiquen deshidratación; descamación, prurito, cambio de color o aparición de erupciones pueden deberse a diversas deficiencias nutricionales.

ENTREVISTA

Las respuestas a preguntas cuidadosamente estructuradas en ocasiones revelan problemas ocultos, en particular en personas mayores que aceptan como normales algunos síntomas gastrointestinales o que han vivido con esos síntomas durante tanto tiempo que ya no los consideran anómalos. Las preguntas deben abordar temas como los siguientes:

- *Estado de dientes o dentaduras.* «¿Cuándo fue su último examen dental? ¿Cómo cuida sus dientes o dentaduras? ¿Cuándo obtuvo sus dentaduras? ¿Cómo le ajustan? ¿Tiene dolor, sangrado u otros síntomas?»
- *Gusto, apetito.* «¿Le sabe el alimento distinto de antes? ¿Qué hace para que el alimento le sepa mejor? ¿Cómo está su apetito? ¿Cómo se compara con años anteriores?»
- *Síntomas.* «¿Alguna vez tiene llagas en la boca, dificultad para deglutir, atragantamiento, sensación de que 'algo se fue por otro lado', náuseas, vómito, sangrado bucal, sangre en vómito o heces, dolor o ardor de estómago o intestinos, diarrea, estreñimiento, gases, sangrado por el recto?» Deben hacerse preguntas específicas para explorar cada respuesta afirmativa.
- *Peso.* «¿Ha notado cambios recientes en su peso? ¿Ha estado tratando de subir o bajar de peso?»
- *Digestión.* «¿Con cuánta frecuencia sufre indigestión? ¿Cuál parece ser la causa y cómo la maneja? ¿Tiene alguna sensación de plenitud o malestar en el pecho después de las comidas? ¿Alguna vez presenta regurgitación o eructos?»
- *Eliminación.* «¿Con cuánta frecuencia defeca? ¿Debe tomar medidas especiales para hacerlo? En caso afirmativo, ¿cuáles son? ¿Hace fuerza para defecar? ¿Alguna vez hay sangre en las heces o el papel higiénico? ¿Cuál es el color y la consistencia de las heces?»
- *Alimentación.* «Describa lo que come y a qué horas come en un día típico. ¿Le saben diferente los alimentos? ¿Puede ir de compras y cocinar por sí solo? ¿Ha cambiado su patrón de comidas?»
- *Investigación colorrectal.* Se pregunta si se ha realizado investigación colorrectal (p. ej., pruebas para sangre oculta en heces, sigmoidoscopia y colonoscopia).

Tal vez se requieran más preguntas para determinados problemas que salgan a la luz durante la entrevista.

EXPLORACIÓN FÍSICA

Inspección, auscultación, percusión y palpación ayudan a confirmar problemas que se identifican durante la entrevista y a detectar trastornos no revelados. En un examen sistemático del aparato digestivo se revisaría lo siguiente:

- *Labios.* Tomar nota de simetría, color, humedad y estado general. Dado que los capilares abundan en los labios, un tono azulado podría indicar oxigenación deficiente. Grietas y fisuras pueden relacionarse con deficiencia de riboflavina, dientes quebrados o ajuste deficiente de dentaduras.
- *Cavidad bucal.* Se inspecciona la boca con abatelenguas y linterna. La membrana mucosa debe ser rosada y húmeda. Las personas negras pueden tener la mucosa pigmentada. La sequedad excesiva de mucosa o lengua puede indicar deshidratación. Se toma nota de lesiones o zonas de irritación, posiblemente causadas por dientes, dentaduras o condiciones patológicas. Las esferas blancas en la cavidad bucal pueden ser un signo de moniliasis y deben someterse a cultivo. El sangrado y la

tumefacción de encías se relacionan más a menudo con enfermedad periodontal. La hinchazón gingival también puede ser resultado de tratamiento con fenitoína o leucemia. La intoxicación por plomo produce una línea negra azulada a lo largo del borde de las encías, pero sólo si hay dientes. Es posible que las personas mayores sufran intoxicación por plomo secundaria a exposición ocupacional o contacto en el ambiente doméstico.

- *Lengua.* Se examinan las superficies superior e inferior de la lengua. Una capa lingual quizá se relacione con higiene deficiente o deshidratación. La lengua es lisa y roja en las deficiencias de hierro, vitamina B_{12} o niacina. Las placas blancas gruesas se denominan leucoplaquia, que podría ser precancerosa. Se da atención a lesiones linguales que han estado presentes por varias semanas porque pueden ser cancerosas; ocurren con mayor frecuencia en la superficie inferior que en la superior. No es raro observar varicosidades en la superficie lingual inferior. Debe determinarse si el individuo puede mover la lengua de un lado a otro y de arriba a abajo.
- *Faringe.* Durante la deglución normal, el nervio neumogástrico (vago) hace que el paladar blando se eleve y bloquee la nasofaringe, lo cual impide la aspiración. Para evaluar esta función, se aplica un abatelenguas a la mitad de la lengua, no demasiado atrás para evitar el reflejo nauseoso, y se pide al paciente que diga «ah». El paladar blando debe elevarse cuando el paciente hace lo indicado. Si hay dolor, enrojecimiento o placas blancas en la garganta, está indicado tomar una muestra para cultivo.
- *Abdomen.* Hacer que el paciente orine y luego se acueste boca arriba en una superficie firme; inspeccionar el abdomen. Interrogar acerca de cualquier cicatriz presente; es posible que la persona haya olvidado mencionar una apendectomía realizada 50 años antes. Estrías o marcas de estiramiento son rosadas o azules si son recientes, y blancas plateadas cuando son antiguas; pueden ser resultado de obesidad, ascitis, embarazo o tumores. Se toma nota de exantemas, indentaciones y otras observaciones. El abdomen debe tener simetría bilateral, sin zonas protuberantes. Una distensión simétrica mas a menudo se debe a obesidad, pero también puede relacionarse con ascitis o tumores. Ocurre distensión abdominal central inferior (es decir, abajo del ombligo) en caso de distensión vesical o tumores de útero u ovarios. La distensión abdominal central superior puede deberse a dilatación gástrica o tumores pancreáticos. El abdomen debe subir y bajar con las respiraciones. Es posible observar la actividad peristáltica; a veces un golpecito en el abdomen con un dedo estimula el peristaltismo. Con el diafragma del estetoscopio podrán escucharse los ruidos intestinales aproximadamente una vez cada 5 a 15 s; por lo común son irregulares. Si no se les oye, se intenta estimularlos mediante un golpecito con un dedo en el abdomen. El silencio por un mínimo de 5 min podría indicar ausencia de ruidos intestinales y precisar evaluación médica. Los sonidos bajos de gorgoteo indican aumento de la actividad peristáltica. En el abdomen normal la palpación no revelará masas.
- *Recto.* Se realiza una exploración rectal con el paciente de pie, flexionado sobre la mesa de exploración o en decúbito lateral izquierdo con la cadera y la rodilla derechas flexionadas. Se inspecciona primero la zona perianal. Los sacos cutáneos flácidos alrededor del ano son hemorroides. Debe tomarse nota de fisuras, tumores, inflamación e higiene deficiente. Se pide al paciente que puje, lo cual podría hacer visibles más hemorroides o prolapso rectal. Se pide al paciente que vuelva a pujar y se inserta un dedo enguantado lubricado en el conducto anal. Se le asegura que es normal sentir como si la defecación fuera inminente. El esfínter debe tensarse alrededor del dedo. Debe tomarse nota de masas u otras anomalías a lo largo de la pared rectal. Una masa dura que impide la palpación completa del recto tal vez consista en heces retenidas. Éstas pueden ser susceptibles de retirarse o no en ese momento. Si se trata de heces retenidas, se encontrará materia fecal en el guante o algo de ésta se expulsará al retirar el dedo.
- *Heces.* Se obtiene una muestra de heces; la materia fecal extraída durante la exploración rectal puede dar indicios de problemas presentes. Las heces negras alquitranadas a menudo se relacionan con la ingestión de preparados de hierro o alimentos ricos en hierro, o pueden indicar sangrado de la parte alta del tubo digestivo; la sangre de color rojo claro se debe a sangrado de intestino grueso o hemorroides; las heces son pálidas y grasosas en caso de problemas de absorción, y grises o color arcilla en la ictericia obstructiva; hay moco en las heces en casos de inflamación.

TRASTORNOS GASTROINTESTINALES SELECCIONADOS Y CONSIDERACIONES ENFERMERAS PERTINENTES

Sequedad bucal (xerostomía)

La saliva tiene varias funciones importantes, como lubricar tejidos blandos, ayudar a remineralizar los dientes, contribuir al sentido del gusto y coadyuvar a controlar bacterias y hongos en la cavidad bucal. Por lo tanto, el decremento de la saliva puede tener consecuencias importantes.

Puede ocurrir sequedad bucal secundaria a diversos factores además de ligeras declinaciones en la secreción de saliva vinculadas con la edad. Muchos de los fármacos usados por personas mayores (p. ej., diuréticos, antihipertensores, antiinflamatorios y antidepresivos) afectan la salivación. El síndrome de Sjögren una enfermedad del sistema inmunitario, a veces reduce el funcionamiento de las glándulas salivales y causa sequedad intensa de la mucosa. Respirar por la boca y los trastornos de la cognición también contribuyen a este problema.

Las personas con sequedad bucal se benefician de la higiene bucal frecuente, no sólo por el confort que obtienen sino también porque se reduce el alto riesgo de enfermedad dental relacionado. Se dispone de sustitutos de saliva (p. ej., saliva sintética) en la forma de geles y enjuagues; sin embargo, beber pequeños sorbos de agua con frecuencia para aliviar la sequedad y consumir caramelos duros y goma de mascar sin azúcar para estimular la producción de saliva son medidas eficaces para muchos individuos.

Problemas dentales

El cuidado dental es importante durante toda la vida del individuo. El examen dental suele ser decisivo para la detección temprana y la prevención de muchos problemas que afectan otros aparatos y sistemas. El mal estado de los dientes llega a restringir el consumo de alimentos, lo que a su vez puede causar estreñimiento y desnutrición (*v.* cap. 14); también afecta a veces el aspecto, lo que incide en la socialización, con el posible resultado de escaso apetito, que también ocasiona desnutrición. La enfermedad periodontal puede predisponer a los adultos mayores a infección sistémica. Si bien los cuidados dentales son importantes para prevenir estos problemas, las limitaciones económicas impiden que muchas personas mayores busquen atención dental. Algunos tienen la idea errónea de que las dentaduras postizas eliminan la necesidad de visitas regulares al dentista; otros, incluidos muchos jóvenes, temen estas visitas. La enfermera debe alentar las revisiones regulares y promover el cuidado dental explicando que el dentista puede detectar enfermedades graves y ayudando a los pacientes a localizar clínicas dentales gratuitas o económicas. Explicar el modo en que las técnicas modernas minimizan el dolor ayuda a disipar los temores. Aunque es posible que las personas mayores no hayan tenido el beneficio del agua fluorada o de los tratamientos con fluoruro cuando eran jóvenes, la aplicación tópica de fluoruro es beneficiosa igual que lo es para los más jóvenes. La enfermera debe indicar a los pacientes que informen a su dentista sobre sus problemas de salud y los medicamentos que toman para ayudarlo a decidir si las intervenciones dentales deben modificarse, qué grado de curación pueden esperar y qué fármacos no deben administrarse.

DIAGNÓSTICO ENFERMERO

TABLA 21-1 Diagnósticos enfermeros relacionados con problemas gastrointestinales

Causas o factores contribuyentes	Diagnóstico enfermero
Anemia, estreñimiento, obesidad, deficiencias de vitaminas y minerales, deshidratación	Intolerancia a la actividad
Disminución relacionada con la edad del peristaltismo colónico y de los impulsos nerviosos para la señal de defecar, anorexia, obesidad, hemorroides, falta de fibra en la alimentación, deshidratación, uso habitual de laxantes	Estreñimiento
Fármacos, úlcera péptica, gastritis, colitis ulcerosa, diverticulitis, diabetes, retención de heces, alimentación con sonda, estrés	Diarrea
Indigestión, estreñimiento, hemorroides, flatos	Dolor agudo
Diabetes no controlada, infección, peritonitis, diarrea, vómito, pérdida sanguínea, consumo insuficiente de líquidos, alimentación por sonda con soluciones concentradas	Déficit de volumen de líquidos
Diabetes, desnutrición, hemorroides	Riesgo de infección
Obstrucción intestinal, anorexia, náuseas, vómito, estado dental deficiente, alteración del sentido del gusto, estreñimiento	Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades
Alteración del sentido del gusto, preferencias étnicas, inactividad, falta de motivación para alimentarse de manera adecuada	Desequilibrio nutricional: ingesta superior a las necesidades
Diabetes, cáncer, gingivitis, enfermedad periodontal, dientes rotos, ajuste deficiente de dentaduras, deshidratación, desnutrición, sequedad bucal	Deterioro de la mucosa bucal

Los problemas dentales se deben a alteración del sentido del gusto, alimentación deficiente o dieta de bajo presupuesto a base de carbohidratos con consumo excesivo de dulces, con el posible resultado de caries dental. Algunas causas subyacentes de problemas dentales son deficiencias de vitaminas del complejo B y calcio, desequilibrios hormonales, hiperparatiroidismo, diabetes, osteomalacia, enfermedad de Cushing y sífilis, y determinados fármacos, como fenitoína, que puede ocasionar gingivitis, o antihistamínicos y antipsicóticos, que causan sequedad bucal. El proceso de envejecimiento por sí mismo cobra su cuota a los dientes. Las superficies de éstos suelen desgastarse por los muchos años de uso, aparecen grados variables de absorción radicular y la pérdida del esmalte puede elevar el riesgo de irritación de tejido dental más profundo. Aunque ocurren con más frecuencia lesiones neoplásicas benignas que malignas, el cáncer de la cavidad bucal aumenta en incidencia con la edad, sobre todo en varones, lo mismo que la moniliasis, que a menudo se vincula con problemas más graves, como diabetes o leucemia. No debe suponerse que todas las lesiones blancas de la boca son moniliasis; es importante tomar una muestra de biopsia para asegurarse de que no sean cancerosas. La enfermedad periodontal, que daña el tejido blando que rodea los dientes y los huesos de soporte, tiene alta incidencia en adultos mayores y es una causa importante de pérdida dental. La caries dental es menos frecuente en personas mayores, pero sigue siendo un problema.

CONCEPTO CLAVE

Con la edad, los dientes sufren desgaste de sus superficies y disminución de tamaño y volumen de la pulpa, se hacen más quebradizos, presentan grados variables de absorción radicular y experimentan

pérdida de esmalte.

La higiene bucal adecuada reviste especial importancia para las personas mayores, que pueden ya presentar problemas de anorexia o cambios en el sentido del gusto. Dientes, encías y lengua deben cepillarse con regularidad usando un cepillo de cerdas suaves, que también se emplea para dar masaje a las encías en quienes usan dentaduras. El cepillado es mejor que los aplicadores con punta de algodón, incluso en personas inconscientes. También es necesaria la aplicación diaria de la seda dental en dientes originales. Dado que la mucosa bucal se hace más delgada y menos vascularizada con la edad, es necesario evitar los traumatismos de la cavidad bucal. La enfermera debe notificar al médico en caso de atonía o atrofia de la lengua, lesiones, cambio de color de la mucosa, dientes flojos, dolor, sangrado o cualquier otro problema que identifique durante la inspección y los cuidados de la cavidad bucal.

Disfagia

La incidencia de dificultades para la deglución aumenta con la edad. Como la deglución depende de mecanismos complejos en que intervienen varios pares craneales y los músculos de boca, cara, faringe y esófago, cualquier circunstancia que afecte esas estructuras puede causar disfagia. La enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) es una causa común, lo mismo que el accidente cerebrovascular y los trastornos estructurales. La disfagia puede ser bucofaríngea, caracterizada por dificultad para transferir el bolo de alimento o los líquidos desde la boca hacia faringe y esófago, y es más común en personas con daño neurológico, o esofágica, que implica dificultad para transferir alimento por el esófago, más frecuente en personas con trastornos de la motilidad, anomalías del esfínter u obstrucciones mecánicas causadas por estenosis. Los síntomas van desde leves, como dificultades ocasionales para deglutir determinados tipos de alimento, hasta la incapacidad completa para deglutir.

Una valoración y una observación cuidadosas ayudan a diagnosticar la causa del problema. La enfermera debe preguntar a los pacientes con disfagia:

- Cuándo comenzó el problema.
- Qué otros síntomas acompañan la disfagia (dolor torácico, náuseas, tos).
- Qué tipos de alimentos desencadenan los síntomas (p. ej., sólidos o líquidos).
- Si el problema es intermitente o se presenta con cada comida.

Observar la ingesta de alimentos puede dar indicios de la naturaleza del problema. Es esencial referir a un patólogo del habla/lenguaje para crear un plan de atención eficaz.

Prevenir la aspiración y promover un estado nutricional adecuado son metas importantes en la atención de los pacientes con disfagia. La enfermera debe seguir estrechamente las recomendaciones del terapeuta del habla/lenguaje. Con frecuencia se recomiendan una dieta blanda y espesamiento de los líquidos para facilitar la deglución; sin embargo, existen diversos niveles de modificación alimentaria que

pueden prescribirse, y que van desde la conversión en puré a la modificación mecánica o hasta ninguna modificación. Los pacientes con disfagia deben comer en posición erguida e ingerir bocados pequeños de manera pausada. Suelen requerirse indicaciones verbales. Es conveniente tener a la mano un aparato de aspiración en caso de atragantamiento. Es importante vigilar el ingreso alimentario y el peso.

Hernia hiatal

La incidencia de hernia hiatal se incrementa con la edad, este trastorno afecta a alrededor de la mitad de los estadounidenses de más de 50 años y su incidencia es más alta en mujeres mayores. Existen sospechas de que la alimentación baja en fibra de los estadounidenses contribuye a la alta prevalencia del trastorno. Los dos tipos de hernia hiatal son la deslizante (axial) y la rodante (paraesofágica). El tipo deslizante es el más común y ocurre cuando una parte del estómago y la unión del estómago y esófago se deslizan por el diafragma. La mayoría de los pacientes con ERGE tienen este tipo de hernia hiatal. En el tipo rodante o paraesofágico, el fondo y las curvaturas mayores del estómago se enrollan a través del diafragma. Pirosis, disfagia, eructos, vómito y regurgitación son síntomas habituales de hernia hiatal. Estos síntomas son especialmente problemáticos cuando el paciente se coloca en decúbito dorsal. También puede ocurrir dolor (que a veces se confunde con el de un ataque cardíaco) y sangrado. El diagnóstico se confirma mediante radiografía con trago de bario y esofagoscopia.

El tratamiento es médico en la mayoría de los pacientes. En caso de obesidad, la reducción de peso a menudo minimiza el problema. Suele recomendarse una dieta blanda, así como el consumo de leche y antiácidos para el alivio sintomático. Varias comidas pequeñas al día en vez de tres grandes ayudan a mejorar las hernias hiatales y pueden ser ventajosas para el anciano que se enfrenta a otros problemas gastrointestinales relacionados con la edad. Debe descartarse comer antes de ir a la cama. Algunos pacientes encuentran útil dormir en una posición semiinclinada. A menudo se prescriben bloqueadores H2, como ranitidina, cimetidina o nizatidina, e inhibidores de la bomba de protones, como lansoprazol y omeprazol. En el Plan de cuidados enfermeros 21-1 se presenta un plan de cuidados tipo para el paciente con hernia hiatal.

PLAN DE CUIDADOS ENFERMEROS 21-1

ADULTO MAYOR CON HERNIA HIATAL

Diagnóstico: dolor agudo.

Objetivo	Intervenciones enfermeras
El paciente está libre de molestias relacionadas con hernia hiatal	■ Ayudar al paciente a identificar situaciones que causan malestar (p. ej., flexión, bocadillos a la hora de dormir); recomendar que las evite ■ Enseñar una dieta baja en calorías si la

	obesidad es un problema y ayudar a cumplirla ■ Recomendar al paciente que haga 5 a 6 comidas pequeñas al día en vez de tres grandes; en un ambiente hospitalario o institucional, consultar con el dietista para ejecutar este plan de comidas ■ Instruir al paciente para que coma con lentitud y se siente erguido mientras lo haga y durante la hora siguiente ■ Desalentar el consumo de alimentos muy condimentados, bebidas con cafeína, bebidas carbonatadas y alcohol ■ Recomendar al paciente que deje de fumar si tiene este hábito; remitir a un programa de abandono del tabaquismo en caso necesario ■ Recomendar al paciente que no consuma alimentos cuando menos en las 2 h previas a la hora de dormir o de hacer siesta ■ Indicar al paciente que evite levantar objetos pesados, flexionarse, usar cinturones o pantalones apretados y toser o estornudar con fuerza ■ Prevenir el estreñimiento a fin de evitar el esfuerzo al defecar ■ Elevar la cabecera de la cama con bloques bajo las patas (lo cual es preferible a elevar la parte superior del colchón debido al riesgo de ejercer fuerzas cizallantes) ■ Administrar antiácidos según se prescriba

Diagnóstico enfermero: desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades.

Objetivo	Intervenciones enfermeras
El paciente consume la dieta prescrita; el paciente está libre de molestias abdominales	■ Consultar con nutricionista y médico a fin de diseñar un plan dietético apropiado para el paciente ■ Indicar al paciente que haga 5 a 6 comidas pequeñas en vez de 3 grandes ■ Identificar alimentos que incrementan los síntomas e instruir al paciente para que los omita de su alimentación; ofrecer alimentos de igual valor nutricional a fin de reponer el que se elimina de la dieta

- Registrar y vigilar el peso corporal en relación con la ingesta

CONCEPTO CLAVE

Varias comidas pequeñas durante el día en vez de tres grandes son beneficiosas para el manejo de la hernia hiatal y ventajosas para la salud gastrointestinal de las personas mayores.

Cáncer esofágico

Aunque la incidencia ha disminuido, la mayoría de las personas con cáncer de esófago es de edad avanzada. Los tipos más comunes son el carcinoma escamocelular y el adenocarcinoma. Esta enfermedad suele atacar entre las edades de 50 y 70 años, y su incidencia es mayor en varones. Los varones afroestadounidenses con antecedente de alcoholismo y tabaquismo intenso tienen más alta incidencia de carcinoma esofágico escamocelular. La higiene bucal deficiente y la irritación crónica por tabaco, alcohol y otros agentes contribuyen a este problema. El esófago de Barrett, un trastorno en el cual el recubrimiento normal del esófago es sustituido por un tipo de recubrimiento que suele encontrarse en los intestinos (metaplasia intestinal), se vincula con un mayor riesgo de este cáncer (Peters, 2003); el riesgo de adenocarcinoma es 30 a 125 veces mayor en personas con esófago de Barrett que en quienes no lo padecen (National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Disease, 2007).

Disfagia, pérdida de peso, salivación excesiva, sed, hipo, anemia y sangrado crónico son síntomas de la enfermedad. Por desgracia, a menudo los síntomas no se reconocen sino hasta que la enfermedad se encuentra en estado avanzado, lo cual contribuye a un pronóstico adverso. La radiografía con ingesta de bario, la esofagoscopia y la biopsia son medidas diagnósticas. Las opciones terapéuticas incluyen resección quirúrgica, radiación, quimioterapia, cirugía láser y tratamiento fotodinámico. Los tumores benignos del esófago son raros en personas mayores.

Úlcera péptica

Además de estrés, dieta y predisposición genética como causas, se piensa que algunos factores específicos explican la mayor incidencia de úlceras en personas mayores, como longevidad, evaluación diagnóstica más precisa y el hecho de que las úlceras pueden ser una complicación de enfermedad pulmonar obstructiva crónica, cuya prevalencia es cada vez más alta. Entre los fármacos que suelen prescribirse a los mayores y que pueden incrementar las secreciones gástricas y reducir la resistencia de la mucosa se destacan: aspirina, reserpina, tolbutamida, fenilbutazona, colquicina y corticoesteroides suprarrenales. Otros factores de riesgo son tabaquismo, alcoholismo, cafeína, estrés e infección por *Helicobacter pylori*.

Las úlceras pépticas tienden a presentarse con síntomas más agudos en personas mayores, como dolor, sangrado, obstrucción y perforación. Las medidas diagnósticas

y terapéuticas son similares a las que se aplican para adultos más jóvenes. Es importante abordar los factores de riesgo. La enfermera debe estar alerta a las complicaciones relacionadas con úlcera péptica, que es más probable que ocurran en individuos mayores, como estreñimiento o diarrea por tratamiento con antiácidos y obstrucción pilórica a consecuencia de deshidratación, peritonitis, hemorragia y choque.

PARA REFLEXIONAR

¿De qué forma la alimentación, la actividad, las emociones y otros factores influyen en el apetito, la ingestión de alimentos, la digestión y la evacuación intestinal? ¿Mantiene usted patrones que podría corregir? ¿Cómo?

Cáncer de estómago

La incidencia de cáncer gástrico aumenta con la edad; es más frecuente en personas de 50 a 70 años. Su prevalencia es mayor en varones, grupos de bajo nivel socioeconómico e individuos afroestadounidenses, asiáticos, nativos estadounidenses e hispanos. Los adenocarcinomas constituyen la mayoría de los cánceres gástricos. Anorexia, dolor epigástrico, pérdida de peso y anemia son síntomas de cáncer gástrico; pueden ser insidiosos y se confunden con facilidad con indigestión. Puede ocurrir sangrado y hepatopatía. También es posible la presencia de síntomas relacionados con metástasis pélvicas. El diagnóstico se confirma por radiografía con bario y gastroscopia con biopsia. Se prefiere el tratamiento quirúrgico que consiste en gastrectomía parcial o total. Si se detecta a tiempo, el pronóstico es favorable, pero en casos avanzados es adverso. Una dieta baja en carnes rojas y alta en antioxidantes es útil para prevenir el cáncer de estómago.

CONCEPTO CLAVE

Los síntomas de cáncer gástrico pueden ser insidiosos y se confunden con facilidad con indigestión.

Enfermedad diverticular

En personas mayores es común la presencia de múltiples bolsas de mucosa intestinal en la pared muscular debilitada del intestino grueso, a lo que se denomina diverticulosis. Estreñimiento crónico, obesidad, hernia hiatal y atrofia de los músculos de la pared intestinal, con el envejecimiento, contribuyen a este problema. La alimentación baja en fibra y en residuo, habitual en las sociedades occidentales, es una de las principales causas de que la diverticulosis sea común y a la vez rara en muchos países del tercer mundo. La mayoría de los casos afecta el colon sigmoides; muchos son asintomáticos. Si hay síntomas, incluyen sangrado leve así como cambio en los hábitos de defecación (estreñimiento, diarrea o ambos) y sensibilidad a la palpación del cuadrante inferior izquierdo. El problema suele identificarse mediante

un enema de bario. No se realiza cirugía a menos que ocurra sangrado intenso. Es más común el tratamiento médico e incluye aumento del consumo de fibra, reducción de peso y evitación del estreñimiento.

Es posible que en los divertículos se acumule contenido intestinal y se descomponga, causando inflamación e infección; esto se conoce como diverticulitis. Aunque menos de la mitad de los pacientes con diverticulosis avanza a diverticulitis, la mayoría de quienes lo hacen son mayores. Los varones mayores tienden a experimentar este problema más que cualquier otro grupo.

Comer en exceso, esforzarse al defecar y consumir alcohol y alimentos irritantes pueden contribuir a la diverticulitis en el paciente con diverticulosis. El inicio abrupto de dolor en el cuadrante inferior izquierdo, similar al de la apendicitis pero sobre la zona sigmoidea, es un síntoma de este problema. También es posible que haya náuseas, vómito, estreñimiento, diarrea, fiebre leve y sangre o moco en las heces. Estos ataques pueden ser muy agudos o avanzar con lentitud; aunque a veces los ataques agudos ocasionan peritonitis, las formas más lentas también pueden ser graves debido a la posibilidad de obstrucción de la parte inferior del intestino secundaria a cicatrización y formación de abscesos. Además de las complicaciones mencionadas, es posible que se formen fístulas hacia vejiga urinaria, vagina, colon e intestino delgado. Durante la fase aguda, los esfuerzos se concentran en reducir la infección, proporcionar nutrición, aliviar las molestias y promover el reposo. La ingestión oral suele suspenderse y se inicia el tratamiento intravenoso. Cuando el episodio agudo cede, se enseña al paciente a consumir una dieta baja en residuos. La cirugía, que se realiza si el manejo médico falla o si ocurren complicaciones graves, suele consistir en resección o colostomía temporal. Debe alentarse el seguimiento continuado.

Cáncer colorrectal

El cáncer en cualquier tramo a lo largo del intestino grueso es común a edad avanzada. Colon sigmoides y recto tienden a ser sitios frecuentes de carcinoma; de hecho, el cáncer colorrectal es el segundo más frecuente en Estados Unidos. Aunque el patrón de los síntomas varía mucho de una persona a otra, algunos de los que se comparten son:

- Sangre en las heces.
- Cambio en el patrón de defecación.
- Anorexia.
- Náuseas.
- Dolor en la región afectada.
- Anemia.

Algunos pacientes mayores pasan por alto los síntomas intestinales en la creencia que se deben a estreñimiento, alimentación deficiente o hemorroides. La descripción que el paciente hace de los problemas intestinales es menos confiable que un examen rectal digital, que detecta la mitad de todos los carcinomas de intestino grueso y recto. La prueba de sangre oculta en heces es eficaz para la identificación temprana de

tumores colónicos. Las pruebas diagnósticas estándares, como enema de bario y sigmoidoscopia con biopsia, se usan para confirmar el diagnóstico. Suele realizarse resección quirúrgica con anastomosis o formación de una colostomía. Los libros de texto de enfermería medicoquirúrgica proporcionan información sobre esta intervención quirúrgica y las enfermeras deben consultarlos para obtener orientación específica respecto al cuidado de pacientes con este trastorno.

CONCEPTO CLAVE

Se recomienda realizar cada año un examen de sangre oculta en heces y un tacto rectal porque detectan muchos cánceres de intestino grueso y recto. Además, una sigmoidoscopia flexible cada 5 años o una colonoscopia cada 10 años son un recurso importante para detectar cáncer colorrectal. Tal vez se requieran pruebas más frecuentes si hay factores de riesgo.

Es importante advertir que una colostomía puede ocasionar muchos problemas a los adultos mayores. Además de las adaptaciones necesarias a múltiples cambios corporales que ocurren con la edad, una colostomía representa un ajuste mayor y una amenaza al autoconcepto. Las personas mayores tal vez piensen que una colostomía los aleja aún más de la imagen que la sociedad tiene de lo normal. La socialización puede verse afectada por las preocupaciones del paciente acerca de las reacciones de otros o por el temor de episodios vergonzosos. Falta de energía, artritis en los dedos, movimientos más lentos y vista disminuida son algunos de los problemas que afectan la capacidad para cuidar la colostomía, lo que causa un alto grado de dependencia. Es posible que las personas mayores perciban esta necesidad de asistencia como una pérdida significativa de independencia. El tacto en la intervención de la enfermera proporcionará el ajuste tanto psicológico como físico a la persona con una colostomía. El seguimiento continuado es beneficioso para valorar la capacidad del paciente para comenzar esta actividad de autocuidado, identificar problemas y dar apoyo y seguridad de manera continua.

Estreñimiento crónico

El estreñimiento es una preocupación común en adultos mayores (*v.* Razonamiento del diagnóstico enfermero: estreñimiento). Muchos factores pueden contribuir a este problema, como:

- Modo de vida inactivo.
- Alimentación baja en fibra y líquidos.
- Depresión.
- Abuso de laxantes.
- Determinados fármacos, como opioides, sedantes y geles de hidróxido de aluminio.
- Embotamiento de la percepción, que hace que la señal para defecar no sea percibida.
- No dar tiempo suficiente para la evacuación intestinal completa.

Una alimentación abundante en fibra y líquidos y la realización de actividad regular promueven la evacuación intestinal. En la alimentación habitual pueden incorporarse alimentos específicos que el paciente encuentre eficaces (p. ej., ciruelas pasas o pudín de chocolate). Una mezcla de uvas pasas, ciruelas pasas, dátiles y uvas pasas de Corinto, puede ser un bocadillo nutritivo y sabroso que promueve la evacuación intestinal. (Para individuos con problemas de masticación, puede combinarse con yogur o puré de manzana.) A menudo es útil reservar un tiempo a la misma hora todos los días para la defecación; la mañana tiende a ser la mejor hora para que los mayores vacíen el intestino. A veces mover el tronco de un lado a otro y de atrás hacia adelante mientras se está sentado en el inodoro estimula la defecación. Los fármacos deben considerarse sólo después de que estas medidas fallan.

RAZONAMIENTO DEL DIAGNÓSTICO ENFERMERO

ESTREÑIMIENTO

Generalidades

El estreñimiento es un trastorno en el cual se eliminan con escasa frecuencia heces secas y duras. Algunos datos concurrentes con estreñimiento son una menor frecuencia de defecación (respecto al patrón normal para el paciente); esfuerzo para defecar; heces duras y secas; distensión y malestar abdominales; masa palpable y sensación de presión o plenitud en el recto; escaso apetito; dorsalgia, cefalea; disminución del nivel de actividad y solicitud de laxantes o enemas.

Factores causales o contribuyentes

Disminución del peristaltismo con la edad, inactividad, inmovilidad, dolor hemorroidal, alimentación deficiente en fibra y líquidos, deshidratación, determinadas enfermedades (p. ej., hipotiroidismo), cirugía, dependencia de laxantes o enemas y efectos secundarios de fármacos (p. ej., antiácidos, calcio, anticolinérgicos, bario, hierro y narcóticos).

Objetivo

El paciente establece un patrón regular de evacuación intestinal y defeca heces de consistencia normal sin esforzarse o experimentar molestias.

Intervenciones enfermeras

- Establecer y mantener un registro de frecuencia y características de las defecaciones.
- Asegurarse de que el paciente consuma un mínimo de 1 300 ml de líquidos al día (a menos que esté contraindicado).
- Revisar el patrón alimentario con el paciente y educarlo según se requiera acerca de la inclusión de alimentos ricos en fibra; vigilar el consumo de alimentos.
- Ayudar al paciente a crear un programa de incremento del nivel de actividad según sea apropiado.
- Ayudar al paciente a diseñar un horario regular para ir al baño; proporcionar ayuda para la defecación según se requiera; asegurar la privacidad en estos momentos; si debe usarse un cómodo, asegurarse de que el paciente esté erguido, a menos que esté contraindicado y confortable.
- Considerar el uso de plantas con efectos laxantes, como sábila, raíz de mandrágora, cáscara sagrada, sen y ruibarbo.
- Consultar con el médico acerca del consumo de complementos de vitamina C varias veces al día hasta que las heces sean blandas (sin exceder de 5 000 mg/día).
- Administrar laxantes según esté prescrito; evitar su empleo prolongado a menos que el estado del paciente lo precise.
- Vigilar en busca de retención de heces.
- Valorar el uso que el paciente hace de laxantes y enemas; en caso de dependencia de laxantes o enemas para la evacuación intestinal, educarlo acerca de los peligros de esta dependencia y diseñar un plan para suspender gradualmente su uso (está contraindicada la suspensión abrupta).
- Educar al paciente sobre medios no farmacológicos para estimular la defecación.

CONCEPTO CLAVE

Las medidas para promover la defecación incluyen programar una hora fija, incorporar alimentos con alto contenido de fibra y mover el tronco de un lado a otro y de atrás hacia adelante mientras se está sentado en el inodoro.

Las personas mayores a veces requieren educación acerca de la defecación. Debe insistirse en el uso seguro de laxantes para prevenir su abuso. Debe advertirse al paciente que la diarrea que resulta de dicho abuso puede causar deshidratación, que pone en grave peligro la vida. Raíz de mandrágora, cáscara sagrada, sen y ruibarbo estimulan el vaciamiento intestinal y pueden tomarse para prevenir el estreñimiento.

Los adultos mayores hospitalizados o institucionalizados pueden beneficiarse de una gráfica de evacuación que indique hora, cantidad y características de las evacuaciones. Esta gráfica puede ayudar a la enfermera a prevenir el estreñimiento y la retención fecal al proporcionarle datos fácilmente accesibles acerca de la defecación. Incluso personas mayores de la comunidad pueden disponer de un registro de evacuación que pueden cumplimentar por su cuenta.

El estreñimiento crónico que no mejora con las medidas habituales quizá requiera evaluación médica, incluidos exámenes anal, rectal y sigmoideo, para determinar la presencia de cualquier causa subyacente.

Flatulencia

La flatulencia, que es común en adultos mayores, es causada por estreñimiento, irregularidad en el horario de defecación, determinados alimentos (p. ej., los que tienen alto contenido de fibra, que desde hace pocos años se promueve incrementar en la alimentación) y control neuromuscular deficiente del esfínter anal. El problema puede evitarse mediante el establecimiento de un horario regular para la defecación, la abstención de alimentos productores de flatos y la administración de fármacos específicos para este fin. Sentarse erguido después de las comidas es útil para permitir que el gas ascienda hasta el fondo del estómago y se expela.

En ocasiones se experimenta molestia relacionada con incapacidad para expulsar flatos. Incrementar la actividad puede dar alivio, lo mismo que acostarse en la posición de rodillas al pecho, de ser posible. Tal vez sea de utilidad una bolsa para flatos, consistente en una sonda rectal unida a una bolsa de plástico que impide la entrada de aire por el recto.

Obstrucción intestinal

El impedimento parcial o completo del flujo del contenido intestinal por el intestino grueso se debe más a menudo a cáncer de colon. Las adhesiones y hernias son la principal causa de obstrucciones en el intestino delgado. Otras causas de bloqueo son diverticulitis, colitis ulcerosa, hipopotasemia, problemas vasculares e íleo paralítico, una obstrucción mecánica que puede aparecer después de una intervención quirúrgica

a causa de la lesión de nervios por la falta prolongada de actividad peristáltica.

Los síntomas varían con el sitio y la causa de la obstrucción:

- La obstrucción del intestino delgado provoca dolor de la parte superior y media del abdomen, en ondas que se presentan de manera rítmica relacionadas con el intento del intestino delgado de empujar su contenido más allá de la obstrucción. El vómito puede proporcionar algún alivio.
- Las obstrucciones más allá del íleo producen distensión abdominal tan intensa que es posible que el diafragma elevado inhiba las respiraciones. El vómito es más intenso que en los bloqueos de intestino delgado; al principio consiste en alimento semidigerido y después contiene bilis y es más acuoso.
- La obstrucción del colon causa dolor de la parte baja del abdomen, alteración de los hábitos de defecación, distensión y sensación de necesidad de defecar. No suele ocurrir vómito sino hasta etapas tardías, cuando la distensión alcanza el intestino delgado.

CASO CONSIDERAR

El Sr. C. tiene 75 años y participa en un programa de asistencia ambulatoria para adultos. Al entrevistarlo, se descubre que sufrió un accidente cerebrovascular dos años antes, que le dejó alguna secuela del lado derecho. Su expediente médico indica que además tiene el antecedente de hernia hiatal, depresión, hipertensión y artrosis. Recibe tratamiento farmacológico antihipertensivo, antidepresivo y con antiinflamatorios no esteroideos.

PENSAMIENTO CRÍTICO

- ¿Qué amenazas existen para la salud gastrointestinal del Sr. C.?
- ¿Qué medidas podrían tomarse para reducir esas amenazas?

La enfermera debe revisar de manera exhaustiva los síntomas y auscultar los ruidos intestinales. La obstrucción intestinal puede hacer que se escuchen oleadas peristálticas de tono alto a la auscultación. Si la obstrucción ha persistido por largo tiempo o el intestino ha sufrido daño considerable, los ruidos intestinales decrecen y con el tiempo cesan.

La intervención oportuna es esencial para prevenir la estrangulación del intestino y otras complicaciones graves. Suelen realizarse radiografías y valoración sanguínea para determinar la causa y magnitud del problema. El sondaje intestinal es el principal tratamiento y con frecuencia ayuda a descomprimir el intestino y aliviar la obstrucción. Si el tratamiento médico falla o si la causa es obstrucción vascular o mecánica, se requiere cirugía. Además de apoyar el plan de tratamiento médico o quirúrgico, las enfermeras deben promover el confort del paciente y asegurar que el equilibrio hidroelectrolítico se restablezca y mantenga.

Retención fecal

Prevenir el estreñimiento ayuda a evitar la retención fecal. Observar la frecuencia y las características de las evacuaciones suele ser útil para detectar retención de heces. Es esencial llevar un registro de evacuación para identificar alteraciones de la

defecación en personas mayores hospitalizadas o institucionalizadas. Entre las indicaciones de retención fecal están:

- Distensión rectal.
- Molestia abdominal y rectal.
- Escurrimiento de materia fecal alrededor de la masa retenida, que a menudo se confunde con diarrea.
- Masa fecal dura palpable.
- Fiebre.

Dado que las políticas pueden variar, las enfermeras deben revisar los procedimientos permitidos por la institución para la que trabajan a fin de asegurarse de que la extracción de heces retenidas sea una intervención enfermera aceptada. Es posible que se prescriba un enema para ayudar en el proceso de ablandamiento y expulsión. También es factible la rotura y extracción manuales de la masa de heces con un dedo enguantado lubricado. A veces la inyección de 50 ml de peróxido de hidrógeno con una sonda rectal desintegra la masa de heces, ya que esa sustancia causa la producción de espuma por la materia orgánica. Debe tenerse cuidado de no traumatizar o sobreexponer al paciente durante estas intervenciones.

Incontinencia fecal

El término incontinencia fecal o defecación involuntaria se refiere a la incapacidad para controlar de manera voluntaria la defecación. Más a menudo se relaciona con retención fecal en adultos mayores institucionalizados o con deterioro físico o cognitivo. Por ello, el paso inicial es valorar la retención fecal. En ausencia de ésta, la enfermera debe valorar la aparición de otras etiologías. Entre las posibles causas de incontinencia fecal se destacan disminución de la fuerza contráctil, deterioro de la automaticidad de los esfínteres puborrectal y anal externo (por debilitamiento muscular relacionado con la edad o lesión del nervio pudendo), pérdida del control cortical y capacidad volumétrica reducida (por resección quirúrgica o presencia de un tumor). Proctosigmoidoscopia, proctografía y manometría anorrectal están entre las pruebas diagnósticas usadas para evaluar este trastorno. La causa de la incontinencia determina el enfoque terapéutico, lo que podría incluir reentrenamiento intestinal (Plan de cuidados enfermeros 21-2), fármacos, cirugía o biorretroalimentación.

Apendicitis aguda

Aunque la apendicitis aguda no es frecuente en personas mayores, es importante hacer notar que puede presentarse con signos y síntomas alterados. El dolor agudo que ocurre en personas más jóvenes suele estar ausente en adultos mayores, en quienes casi siempre es mínimo y referido. La fiebre suele ser mínima y por lo general no hay leucocitosis. Con frecuencia estas diferencias hacen que el diagnóstico se posponga. La cirugía expedita mejorará el pronóstico para el paciente. Por desgracia, la demora o ausencia de diagnóstico y la incapacidad para mejorar el estado general antes de esta operación de urgencia pueden ocasionar mayores complicaciones y mortalidad en personas mayores con apendicitis.

Cáncer de páncreas

El cáncer pancreático es difícil de detectar hasta que llega a una etapa avanzada. Anorexia, debilidad, pérdida de peso y emaciación son síntomas generalizados que fácilmente se atribuyen a otras causas. También pueden ocurrir dispepsia, eructos, náuseas, vómito, diarrea, estreñimiento e ictericia obstructiva. Puede haber fiebre o no. Es posible que el paciente experimente dolor epigástrico que se radia a la espalda. Este dolor se alivia cuando la persona se inclina al frente y empeora al acostarse. Se realiza cirugía para tratar este problema. Por desgracia, la enfermedad suele estar tan avanzada en el momento del diagnóstico que el pronóstico suele ser adverso.

Enfermedad de conductos biliares

La colelitiasis, que es la formación o presencia de cálculos en la vesícula biliar, aumenta con la edad y afecta a mujeres con mayor frecuencia que a varones. El dolor es el principal síntoma. Las medidas terapéuticas incluyen tratamientos no quirúrgicos, como la litotrituración rotatoria y la litotripsia con onda de choque extracorpórea, así como las intervenciones quirúrgicas estándares. Obstrucción, inflamación e infección son las posibles consecuencias de los cálculos y requieren vigilancia.

PLAN DE CUIDADOS ENFERMEROS 21-2

ADULTO MAYOR CON INCONTINENCIA FECAL

Diagnóstico enfermero: incontinencia fecal

Objetivo	Intervenciones enfermeras
El paciente logra el restablecimiento parcial o completo del control intestinal	■ Registrar y evaluar el patrón de evacuación intestinal del paciente ■ Establecer una hora fija para la defecación con base en el patrón habitual ■ Colocar al paciente en la mejor posición fisiológica para la evacuación: sentado con postura normal ■ Hacer que el paciente se incline al frente o apoye los pies en un taburete para elevar la presión intraabdominal ■ Instruir al paciente para que apriete e intente defecar ■ Registrar los resultados; asegurarse de que el paciente no sufra retención fecal ■ Si es necesario, estimular el reflejo anorrectal con un supositorio de glicerina 30 a 45 min antes de la defecación programada ■ Proponer actividades de defecación

complementarias con ejercicio e ingesta apropiada de líquido (como mínimo 1 500 ml/día) y fibra a menos que esté contraindicado

El cáncer de la vesícula biliar afecta principalmente a personas mayores, en especial mujeres. Por fortuna, esta enfermedad no es frecuente. Los síntomas habituales son: dolor en cuadrante superior derecho, anorexia, náuseas, vómito, pérdida de peso, ictericia, debilidad y estreñimiento. Aunque puede realizarse cirugía, el pronóstico para el paciente con cáncer de la vesícula biliar es adverso.

RESUMEN

Los síntomas gastrointestinales, aunque comunes, pueden indicar problemas médicos graves en personas mayores y deben tomarse en serio. El diagnóstico de estos problemas puede ser difícil debido a sintomatología atípica, automedicación que enmascara los síntomas y facilidad de confusión con trastornos de otros aparatos y sistemas. La indagación perspicaz y la alerta a síntomas sutiles durante la valoración ayudan a diagnosticar estos trastornos y tratarlos de manera oportuna.

LLEVANDO LA INVESTIGACIÓN A LA VIDA

PERFIL DE LOS USUARIOS DE RESIDENCIAS PARA MAYORES QUE PADECEN DEMENCIA Y REQUIEREN AYUDA PARA LA HIGIENE BUCAL

Jablonski, R. A., Kolanowski, A. M., and Litaker, M. (2011). Geriatric Nursing, 32(6), 439–446.

Los usuarios de residencias para mayores suelen tener déficits que los hacen requerir ayuda para las actividades de la vida diaria (AVD). Las actividades de higiene bucal se encuentran entre las que demandan ayuda; las cuidadoras a menudo no advierten la necesidad o no comprenden los diversos métodos que pueden usar para ayudar a los residentes. En este estudio se examina el perfil de los usuarios de residencias para mayores que padecen demencia y necesitan asistencia verbal o física para la higiene bucal. Los investigadores revisaron datos demográficos extraídos del expediente médico y utilizaron medidas tanto de la observación directa como de grabaciones en vídeo. La higiene bucal se calificó conforme al tipo de asistencia (verbal o física) requerida. Se observó que los participantes con mayor nivel de funcionamiento cognitivo y en las AVD requerían instrucciones verbales, mientras que aquellos que tenían menores niveles de funcionamiento y eran muy pasivos necesitaban el suministro de cuidados

bucales.

Este estudio destaca un aspecto importante pero a menudo desatendido del cuidado de las personas con demencia. Es necesario que las enfermeras no sólo promuevan la salud bucal en mayores que tal vez carezcan de la capacidad cognitiva o física para realizar la higiene bucal de manera independiente, sino que además valoren qué tipo específico de asistencia se requiere a fin de asegurar que se satisfagan las necesidades de higiene bucal. En las personas con la capacidad para realizar su propia higiene bucal este funcionamiento debe preservarse y alentarse mediante instrucciones verbales y refuerzo positivo. Las personas incapaces de realizar dicha función deben recibir este cuidado de manera competente. La higiene bucal adecuada no sólo promueve la nutrición y la socialización, sino que además contribuye a prevenir complicaciones como neumonía y enfermedad cardiovascular. Así, este cuidado relativamente básico tiene importantes implicaciones.

REALIDADES PRÁCTICAS

Una iglesia local con más de 2 000 feligreses inició un programa de ministerio de salud y realizó un sondeo para valorar las necesidades. Uno de los descubrimientos del sondeo fue que menos de 10% de los adultos mayores de 60 años alguna vez se había sometido a colonoscopia. Todos los encuestados tenían un seguro que cubría el costo de la intervención, de modo que el factor económico no era un obstáculo.

La iglesia solicita colaboración para diseñar una campaña que aliente la investigación colorrectal.

¿Cuáles serían los componentes de este programa?

¿Qué estrategias estimularían el interés de los feligreses?

EJERCICIOS DE PENSAMIENTO CRÍTICO

1. ¿Qué cambios relacionados con la edad afectan la evacuación intestinal?
2. Describir los cambios que han ocurrido en los cuidados dentales desde que los adultos mayores actuales eran niños y el modo en que esto afectará la salud dental de las futuras generaciones de personas mayores.
3. ¿Qué medidas preventivas podrían recomendarse a los mayores para promover la evacuación intestinal?
4. ¿Qué acciones podrían emprenderse en una residencia para ancianos a fin de valorar la presencia de disfagia y vigilar de manera continua a los usuarios en busca de empeoramiento reciente de los síntomas de disfagia?

RECURSOS

American Dental Association http://www.ada.org

Crohn's & Colitis Foundation of America http://www.ccfa.org

National Institute of Dental and Craniofacial Research http://www.nidcr.nih.gov
United Ostomy Associations of America, Inc. http://www.uoa.org

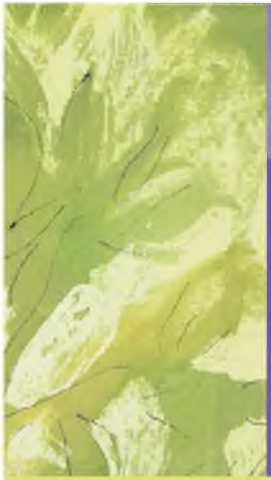
REFERENCIAS

National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Disease. (2007). What is the risk of esophageal cancer with Barrett's esophagus? Bethesda, MD: National Digestive Diseases Information Center. NIH Publication No. 02-4546. Available online: http://digestive.niddk.nih.gov/ddiseases/pubs/barretts/index.aspx

Peters, J. H. (2003). Barrett's esophagus: Now what? *Annals of Surgery, 237*(3), 299–300.

LECTURAS RECOMENDADAS

Las lecturas recomendadas relacionadas con este capítulo pueden encontrarse en el sitio web que acompaña al libro. Visítese **http://thepoint.lww.com/espanol-Eliopoulos8e** para acceder a las lecturas recomendadas y otros recursos adicionales vinculados con este capítulo.



CAPÍTULO 22

Micción

RESUMEN DEL CAPÍTULO

Efectos del envejecimiento en la micción

Promoción de la salud del aparato urinario

Trastornos urinarios frecuentes

- Incontinencia urinaria.
- Cáncer vesical.
- Cálculos renales.
- Glomerulonefritis.

Consideraciones enfermeras generales para los trastornos urinarios

OBJETIVOS DE APRENDIZAJE

Después de estudiar este capítulo, el lector será capaz de:

1. Describir los cambios relacionados con la edad que afectan la micción.
2. Enumerar medidas que promuevan la salud del aparato urinario.
3. Identificar factores que deben considerarse al valorar el aparato urinario.
4. Describir incidencia, síntomas y manejo de trastornos urinarios seleccionados.

5. Diseñar un plan de cuidados para el paciente con incontinencia urinaria.

CONCEPTOS BÁSICOS

Incontinencia de esfuerzo: micción involuntaria cuando se ejerce presión en el piso pélvico (p. ej., por risa, estornudo o tos).

Incontinencia de urgencia: micción involuntaria por irritación o espasmos de la pared vesical que hacen que la persona orine de manera súbita.

Incontinencia establecida: micción involuntaria que puede ser de inicio abrupto o repentino y es crónica.

Incontinencia funcional: pérdida del control voluntario de la micción secundaria a discapacidades que impiden la independencia en el uso del inodoro, sedación, inaccesibilidad del inodoro, fármacos que alteran la cognición o cualquier otro factor que interfiera en la capacidad de llegar a un baño.

Incontinencia neurógena (refleja): pérdida del control de la micción por incapacidad de percibir la urgencia de orinar o controlar el flujo urinario.

Incontinencia por rebosamiento: micción involuntaria por acumulación excesiva de orina en la vejiga.

Incontinencia transitoria: micción involuntaria de inicio agudo y por lo común reversible.

Incontinencia urinaria: micción involuntaria.

Nicturia: más de una micción durante la noche.

Los problemas urinarios son molestos, frecuentes y potencialmente letales para las personas mayores, además de difíciles de abordar. Algunas se avergüenzan o consideran que es inapropiado hablar de estas situaciones, mientras que otras aceptan los síntomas de los trastornos urinarios como una parte normal del envejecimiento. Estos factores a menudo retrasan la detección y el tratamiento tempranos. Si no se tratan, estos problemas pueden amenazar la salud general y afectar el bienestar psicosocial. Las enfermeras están en una posición ideal para establecer relaciones estrechas con los pacientes mayores y de este modo ayudarlos a sentirse más cómodos para discutir problemas urinarios. Al demostrar sensibilidad, aceptación y comprensión, las enfermeras pueden llevar a cabo una intervención apropiada y pronta.

EFECTOS DEL ENVEJECIMIENTO EN LA MICCIÓN

Los cambios relacionados con la edad que afectan las vías urinarias pueden ocasionar diversos problemas de la micción. Una de las mayores molestias es la polaquiuria (micción frecuente), causada por hipertrofia del músculo vesical y engrosamiento de la vejiga, lo cual reduce su capacidad para expandirse y almacenar. Además de la micción frecuente durante el día, la que ocurre por la noche (nicturia) puede ser un problema. A menudo, la circulación renal mejora cuando la persona adopta la postura de decúbito, de tal modo que es necesario orinar poco tiempo después de acostarse y en otros momentos durante la noche. Los cambios relacionados con la edad en el control cortical de la micción también contribuyen a la nicturia; este problema, junto con la incontinencia (que no es una consecuencia normal del envejecimiento), es posible observarlo en personas con demencia u otros trastornos que afectan la corteza cerebral. Las enfermeras deben advertir a los adultos mayores y sus cuidadores que

los diuréticos de efecto prolongado, como las tiazidas, también pueden causar nicturia incluso cuando se administran por la mañana. Si aparecen episodios múltiples de nicturia, suele estar indicada la evaluación médica para descartar un problema de vías urinarias.

El control neurológico ineficaz del vaciado vesical y el debilitamiento de los músculos de la vejiga a veces provocan la retención de grandes volúmenes de orina. En mujeres, la causa más común de retención urinaria es la retención fecal; la causa principal en el sexo masculino es la hipertrofia prostática, presente en la mayoría de los varones mayores. Los síntomas de retención incluyen polaquiuria, esfuerzo para orinar, goteo posmiccional, vejiga palpable y la sensación de que no se ha vaciado la vejiga. La retención puede predisponer a los individuos mayores a infecciones de vías urinarias.

La eficiencia de filtración de los riñones disminuye con la edad, lo que afecta la capacidad del organismo para eliminar fármacos. La enfermera debe observar al paciente en busca de signos de reacciones medicamentosas secundarias a la acumulación de concentraciones tóxicas de fármacos. También son posibles concentraciones más altas de nitrógeno de urea en sangre a causa del decremento de la actividad renal, con el resultado de letargo, confusión, cefalea, somnolencia y otros síntomas. La disminución del funcionamiento de los túbulos renales causa problemas para concentrar la orina; la densidad relativa máxima de la orina a los 80 años es de 1 024, mientras que a edades menores es de 1 032. La capacidad para concentrar y diluir la orina en respuesta al exceso o déficit de agua o sodio también disminuye. La menor reabsorción desde el filtrado hace que una proteinuria de 1,0 no suela tener implicaciones diagnósticas en adultos mayores. Un aumento en el umbral renal de glucosa es motivo de preocupación porque los individuos mayores pueden ser hiperglucémicos sin indicios de glucosuria. Por ello son posibles los resultados falsos negativos en las pruebas urinarias de diabéticos.

CONCEPTO CLAVE

Los cambios en el umbral renal de glucosa hacen que los mayores sean hiperglucémicos sin tener indicios de glucosuria.

La incapacidad para controlar la micción (es decir, incontinencia) no es normal en el envejecimiento; sin embargo, los cambios relacionados con la edad incrementan el riesgo de este problema. La incontinencia refleja un trastorno físico o mental y demanda una evaluación exhaustiva. Puede haber algo de incontinencia de esfuerzo, sobre todo en mujeres que tuvieron múltiples embarazos o en personas que posponen la micción después de que sienten la urgencia. En este capítulo se presenta más información de la incontinencia.

PROMOCIÓN DE LA SALUD DEL APARATO URINARIO

Mediante prácticas de salud básicas, que se incorporan fácilmente en el horario diario, es posible prevenir diversos problemas de las vías urinarias. Por ejemplo, un consumo adecuado de líquidos reduce la cantidad de bacterias en la vejiga. La acidez de la orina, benéfica para prevenir infecciones, se fomenta al consumir vitamina C y alimentos como arándanos, ciruelas, ciruelas pasas, huevos, queso, pescado y cereales. El sondaje incrementa de modo importante el riesgo de infección y debe evitarse. La actividad contribuye a eliminar la estasis urinaria y el uso frecuente del inodoro ayuda a prevenir la retención urinaria. La enfermera puede enseñar a los adultos mayores maniobras específicas para favorecer la micción y prevenir la retención, tales como:

- Orinar en posición erguida.
- Masajear la zona de la vejiga.
- Balancearse de atrás hacia adelante.
- Hacer correr agua.
- Mojarse las manos en agua tibia.

Debe tenerse presente la menor capacidad vesical de las personas mayores cuando se utilice silla de ruedas con individuos incapaces de ambular de manera independiente; no deberán estar sentados todo el día y puede originarse una incontinencia innecesaria si no se proporciona ayuda para usar el inodoro. Los viajes y actividades han de planearse de modo que faciliten la oportunidad de ir al inodoro a intervalos frecuentes.

Las enfermeras pueden tomar medidas que promuevan la seguridad de los pacientes mayores que presenten nicturia. Debido a que el aumento del umbral para la percepción de la luz en los adultos mayores dificulta la visión nocturna, la nicturia podría predisponerlos a accidentes al intentar dirigirse al baño en la oscuridad. Deben usarse luces nocturnas para mejorar la visibilidad y eliminarse cualquier estorbo o peligro ambiental susceptible de causar una caída. Puede ser de utilidad reducir el consumo de líquidos justo antes de la hora de dormir, aunque no deben restringirse de manera significativa.

Un interrogatorio y una exploración completos son necesarios para puntualizar áreas específicas que requieran ulterior investigación; sin embargo, tal vez sea difícil obtener datos del funcionamiento y los posibles problemas urinarios. Como es posible que las personas mayores se muestren reacias a discutir esos problemas, la enfermera debe establecer un tono confortable y mostrar sensibilidad durante la valoración para facilitar una recogida de datos adecuada. En la Guía de valoración 22-1 se describen algunas de las áreas que deben incluirse en la valoración del aparato urinario; en la tabla Diagnóstico enfermero 22-1 se especifican algunos de los diagnósticos enfermeros que podrían identificarse.

GUÍA DE VALORACIÓN 22-1

FUNCIONAMIENTO URINARIO

ENTREVISTA

La entrevista incluye una *revisión* de funcionamiento, signos y síntomas. Se hacen preguntas sobre lo siguiente:

- *Frecuencia de micción.* «¿Cuántas veces necesita orinar durante el día y durante la noche? ¿Ha notado algún cambio reciente en ese patrón?»
- *Continencia.* «¿Alguna vez pierde el control de la micción? ¿Es continuo el chorro de orina siempre o a veces? ¿Orina sin querer al toser o estornudar? Cuando siente la urgencia de orinar ¿cuán rápido necesita ir al baño antes de perder el control?»
- *Retención.* «¿Alguna vez siente que no vació por completo la vejiga después de orinar? ¿Tiene la sensación de plenitud en la vejiga después de orinar?»
- *Dolor.* «¿Siente ardor al orinar? ¿Experimenta dolor en la parte baja del abdomen o en otro sitio? ¿Hay sensibilidad, molestia, prurito o dolor en algún lugar de la zona de los genitales?»
- *Orina.* «¿Alguna vez ha visto cristales u otras partículas en su orina? ¿Alguna vez su orina es rosada, sanguinolenta o de algún otro color? ¿Es tan clara como el agua corriente o tan oscura como el agua mohosa? ¿Alguna vez su orina tiene un olor fuerte? En tal caso ¿cómo es ese olor?»
- *Medicación.* «¿Toma usted medicamentos, sean prescritos o no por un médico? En caso afirmativo ¿cuáles? ¿Usa preparados de plantas?»

EXPLORACIÓN FÍSICA

- Inspeccionar, percutir y palpar el abdomen en busca de plenitud, dolor o anomalías.
- En mujeres, investigar en busca de incontinencia de esfuerzo realizando lo siguiente:
  - Pedir a la paciente que beba al menos un vaso lleno de líquido y esperar hasta que sienta plenitud en la vejiga.
  - Indicarle que se ponga de pie. Si no es posible, hacerla que se siente tan erguida como le sea factible.
  - Pedir a la paciente que sostenga una gasa de 10 × 10 cm en su perineo.
  - Indicarle que tosa con fuerza.
  - La prueba es negativa si no ocurre escape de orina o si es sólo de unas pocas gotas. Si la orina residual crea un problema, puede solicitarse una prueba de orina residual posmiccional, en la que se sonda a la paciente en el transcurso de los 15 min siguientes a que orinó para determinar el volumen de orina que queda en la vejiga.
- Si hay incontinencia, se remite a la paciente a evaluación exhaustiva; tal vez sea útil llevar un registro o indicarle que anote en un diario cada ocasión que ocurra y los factores relacionados con estos incidentes.

ANÁLISIS DE LA MUESTRA DE ORINA

Un análisis de orina aporta información básica de este aparato. La densidad relativa debe variar entre 1,005 y 1,025, y el pH entre 4,6 y 8. Aunque la alcalinidad urinaria se vincula más a menudo con infecciones, también puede observarse si la muestra quedó inmovilizada durante algunas horas. La orina normal debe estar libre de glucosa y proteína, pero los cambios renales que ocurren en el individuo mayor hacen que proteinuria y glucosuria sean datos menos fiables.

Se toma nota del color de la muestra de orina, que puede dar indicios de la presencia de problemas de salud. Los tonos oscuros podrían indicar aumento de la concentración urinaria. El color rojo o herrumbroso suele vincularse con la presencia de sangre. El color pardo amarillo o pardo verdoso a veces se debe a obstrucción de las vías biliares o ictericia. El color anaranjado resulta de la presencia de bilis o la ingestión de fenazopiridina. El color muy oscuro de la orina se relaciona con hematuria o carcinoma.

Se toma nota también del olor de la muestra de orina. Un olor ligeramente aromático es normal. Un olor fuerte podría indicar concentración urinaria por deshidratación. Un olor amoniacal se observa a veces en infecciones.

DIAGNÓSTICO ENFERMERO

TABLA 22-1 Diagnósticos enfermeros relacionados con el envejecimiento y los problemas urinarios

Causas o factores contribuyentes	Diagnóstico enfermero
Filtración ineficaz de fármacos, residuos de sangre por pérdida de nefronas y descenso aproximado del 50% de la tasa de filtración glomerular	Mantenimiento ineficaz de la salud
Resultados poco confiables del análisis de orina por decremento de la resorción de glucosa a partir del filtrado y menor concentración de la orina	Mantenimiento ineficaz de la salud
Tenesmo, polaquiuria, nicturia, relacionados con debilidad de los músculos vesicales, disminución de la capacidad vesical, reflejo de micción más lento y crecimiento de la próstata con la edad	Deterioro de la eliminación urinaria
Infección, cáncer, retención	Dolor agudo
Orina concentrada, inmovilidad, orina más alcalina, sondaje	Riesgo de infección
Caída por causa de charcos de orina	Riesgo de lesión
Inmovilidad, demencia, debilidad	Déficit de autocuidado: uso del inodoro
Incontinencia	Trastorno de la imagen corporal Deterioro de la integridad cutánea Riesgo de compromiso de la dignidad humana
Nicturia, retención, disuria	Trastorno del patrón de sueño
Vergüenza por síntomas, olor, frecuencia, incomodidad	Deterioro de la interacción social
Infección, retención, cálculos, estenosis, incontinencia	Deterioro de la eliminación urinaria

TRASTORNOS URINARIOS FRECUENTES

Incontinencia urinaria

La micción involuntaria, o incontinencia urinaria, un trastorno común y molesto para las personas mayores, requiere atención enfermera experta. Los estudios han demostrado que padecen incontinencia urinaria entre el 8% y el 46% de la población de los adultos mayores en la comunidad, al menos el 50% de la población de mayores institucionalizados, hasta 90% de los usuarios de residencias de adultos mayores con demencia y el 30% de los adultos mayores hospitalizados; la prevalencia de este problema es del doble en mujeres que en varones (Lee, Cigolle y Blaum, 2009; Ogundele, Silverberg, Sinert y Guerrero, 2006).

La incontinencia puede ser transitoria o establecida. La primera es aguda y reversible, y se debe a infecciones, delirio, reacciones medicamentosas, diuresis excesiva, retención fecal, trastornos del estado de ánimo o incapacidad para tomar un cómodo u orinal (p. ej., al estar en cama, sujeto y dependiente). El inicio es brusco y el tratamiento de la causa subyacente puede revertir el problema. La incontinencia establecida es crónica y persistente, con inicio abrupto o gradual. A continuación se describen algunos tipos de incontinencia establecida:

- *Incontinencia de esfuerzo*: causada por debilidad de los músculos pélvicos de soporte. Cuando se ejerce presión en el piso pélvico (p. ej., por risa, estornudo o tos), ocurre micción involuntaria.

- *Incontinencia de urgencia*: causada por infección de las vías urinarias, crecimiento de la próstata, diverticulitis o tumores pélvicos o vesicales. La irritación o los espasmos de la pared vesical pueden causar micción involuntaria súbita.
- *Incontinencia por rebosamiento*: relacionada con obstrucciones del cuello de la vejiga y el consumo de fármacos (p. ej., adrenérgicos, anticolinérgicos y bloqueadores de los canales de calcio). Los músculos vesicales no se contraen o los músculos periuretrales no se relajan, lo que ocasiona acumulación excesiva de orina en la vejiga.
- *Incontinencia neurógena (refleja)*: se debe a lesiones de la corteza cerebral, esclerosis múltiple, y otros trastornos a lo largo de la vía nerviosa. Aparece una incapacidad para percibir la urgencia de orinar o para controlar el flujo urinario.
- *Incontinencia funcional*: causada por demencia, discapacidades que impiden el uso independiente del inodoro, sedación, falta de disponibilidad de un baño, fármacos que alteran la cognición o cualquier otro factor que interfiera en la capacidad para llegar al baño.
- *Incontinencia mixta*: puede deberse a una combinación de varios factores.

Las enfermeras no deben suponer que los individuos con incontinencia, aunque la padezcan desde hace tiempo, necesariamente han identificado y evaluado este problema. La vergüenza al tener que hablar de este trastorno o la creencia de que es un resultado normal del envejecimiento pueden hacer que el paciente no informe de su existencia. Esto refuerza la importancia de interrogar acerca de la incontinencia en cada episodio de valoración sistemática. Además de referir al paciente para una evaluación médica exhaustiva, las enfermeras pueden ayudar a identificar la causa y determinar medidas de tratamiento apropiadas mediante el proceso de valoración. En el recuadro 22-1 se enumeran algunos de los factores por considerar cuando se valora al individuo con incontinencia.

El objetivo inicial para individuos con incontinencia es identificar la causa; después, los objetivos terapéuticos se diseñan con base en ésta. Ejercicios de Kegel (recuadro 22-2), biorretroalimentación y fármacos (p. ej., estrógeno o anticolinérgicos) pueden ser útiles para mejorar la incontinencia de esfuerzo; en algunas circunstancias se requiere cirugía. La incontinencia de urgencia a veces mejora con el control de un horario de micción, ejercicios de Kegel, biorretroalimentación y fármacos (p. ej., anticolinérgicos o antagonistas adrenérgicos). La incontinencia por rebosamiento suele beneficiarse de un horario de micción, uso del método de Crede, sondaje intermitente y fármacos (p. ej., parasimpatomiméticos). Las intervenciones para mejorar la incontinencia funcional van desde la mejora de la movilidad hasta la disposición de un cómodo u orinal al lado de la cama. En el Plan de cuidados enfermeros 22-1 se presenta una muestra para el cuidado del mayor con incontinencia urinaria.

CONCEPTO CLAVE

Las enfermeras no pueden suponer que las personas con incontinencia de larga duración han sido evaluadas de forma exhaustiva sobre este problema. Una revisión cuidadosa de los antecedentes médicos

y una entrevista con el paciente son importantes para determinar si se ha realizado una investigación diagnóstica.

La indiferencia del personal de enfermería es destructiva para el progreso de los pacientes y socava sus esfuerzos por recuperar el control vesical. A la inversa, el refuerzo positivo y el aliento son muy beneficiosos durante la implementación de este difícil programa. Sólo deben usarse sondas a permanencia en circunstancias especiales y nunca por la conveniencia del personal. La mitad de los pacientes presentará bacteriuria en el transcurso de las primeras 24 h que siguen a la colocación de la sonda; entre el 35 y el 40% de todas las infecciones nosocomiales lo constituyen infecciones de vías urinarias relacionadas con el sondaje (Foxman, 2003). Además, el riesgo de cálculos urinarios es alto cuando están colocadas sondas permanentes. (Las infecciones de vías urinarias se consideran en el capítulo 30.)

RECUADRO 22-1 Factores por valorar en el paciente con incontinencia urinaria

- **Antecedentes médicos:** tomar nota de diagnósticos que podrían contribuir a incontinencia, como delirio, demencia, accidente cerebrovascular, diabetes mellitus, insuficiencia cardíaca congestiva, infección de vías urinarias.
- **Fármacos:** revisar todos los fármacos prescritos o no que el paciente toma en busca de los que pueden afectar la continencia, como diuréticos, ansiolíticos, antipsicóticos, antidepresivos, sedantes, narcóticos, antiparkinsonianos, antiespasmódicos, antihistamínicos, bloqueadores de los canales de calcio, α-bloqueadores y α-estimulantes.
- **Estado funcional:** evaluar las actividades de la vida diaria; tomar nota de deterioros; interrogar sobre cambios recientes en el funcionamiento; determinar el grado de dependencia respecto a movilidad, transferencias, uso del inodoro.
- **Cognición:** comprobar el funcionamiento cognitivo; revisar síntomas como depresión, alucinaciones; interrogar acerca de cambios recientes en el estado de ánimo o el funcionamiento intelectual.
- **Funcionamiento neuromuscular en extremidades inferiores:** evaluar la capacidad del paciente para mantener la pierna levantada haciendo resistencia a los esfuerzos del examinador al empujarla con suavidad hacia abajo; tocar diversas zonas a lo largo de ambas piernas con la punta y el lado romo de un imperdible a fin de determinar la capacidad del paciente para percibir y diferenciar sensaciones.
- **Control y retención urinarios:** evaluar la incontinencia de esfuerzo en mujeres; determinar el residuo posmiccional.
- **Plenitud y dolor vesicales:** inspeccionar, percutir y palpar la vejiga en busca de distensión, molestia y anomalías.
- **Patrón de eliminación urinaria:** registrar los patrones de vaciamiento vesical y factores relacionados durante varios días; indagar sobre cambios; tomar nota de frecuencia, patrón, cantidad y su relación con otros factores.
- **Retención fecal:** palpar el recto en busca de heces retenidas (a menos que esté contraindicado).
- **Síntomas:** interrogar sobre tenesmo, ardor, prurito vaginal, dolor, presión en la zona vesical, fiebre.
- **Alimentación:** evaluar el consumo de posibles irritantes vesicales: cafeína, alcohol, frutas cítricas/jugos, tomates, alimentos muy condimentados, edulcorantes.
- **Reacciones a la incontinencia:** explorar el modo en que la incontinencia afecta las actividades, el modo de vida, el autoconcepto; determinar cómo valora el problema el paciente.

RECUADRO 22-2 Ejercicios de Kegel

Los ejercicios de Kegel son un método para fortalecer los músculos del suelo pélvico, lo que consigue mejorar el control de la incontinencia urinaria. Las enfermeras son las responsables de facilitar las siguientes instrucciones básicas a las mujeres.

ENCONTRAR LOS MÚSCULOS IMPLICADOS EN LOS EJERCICIOS

Primero es necesario identificar los músculos del piso pélvico que intervienen en los ejercicios. Para hacerlo, se suspende el flujo de orina durante la micción y se toma nota del modo en que los músculos se tensan en la zona vaginal y el piso pélvico se eleva. Otro método consiste en insertar un dedo en la propia vagina y tensar los músculos alrededor. Se toma nota de la tensión de la vagina y la elevación del piso pélvico. Se hace un descanso y se inicia el flujo de orina varias veces hasta que se identifican los músculos y se comprenden sus movimientos.

PRACTICAR LOS EJERCICIOS

Orinar antes de comenzar los ejercicios. Colocarse en posición sentada o de pie y tensar los músculos del piso pélvico. Asegurarse de no tensar los músculos de abdomen, nalgas o piernas, sólo los músculos pélvicos. Al principio se intenta mantener los músculos tensos por unos 5 s, varias veces seguidas. De manera gradual se incrementa a 10 s el tiempo, con unos 10 s de relajación entre flexiones.

REALIZAR LOS EJERCICIOS

Una vez que se es capaz de mantener los músculos tensos por 10 s se realiza una serie de 10 ejercicios seguidos. Se repite esto varias veces en el transcurso del día todos los días. Deben verse resultados dentro de 2 a 3 meses. Después de que se logra una mejoría en la incontinencia, es útil continuar realizando los ejercicios de Kegel para mantener la fuerza muscular. Incluso si la incontinencia no se elimina por completo, su avance se frena con estos ejercicios.

CASO A CONSIDERAR

El Sr. E., de 86 años, vive con la familia de su hija. Su dormitorio está en la planta baja de la casa de dos niveles y tiene un baño cerca. Los miembros de la familia pasan con regularidad frente al dormitorio del Sr. E. y han notado un fuerte olor a orina a alguna distancia. El Sr. E. no tiene deterioros cognitivos, realiza de manera independiente sus actividades de la vida diaria y, como siempre ha hecho, conduce él mismo su auto. El Sr. E. nunca ha mencionado algún problema de excreción y, como él lava su ropa de cama y hace la limpieza de su dormitorio, la familia no puede determinar si está mojando la cama.

PENSAMIENTO CRÍTICO

- ¿Cuáles son algunos de los desafíos de esta situación?
- ¿Qué podría aconsejarse a la familia para abordar esta situación con el Sr. E.?

PLAN DE CUIDADOS ENFERMEROS 22-1

ADULTO MAYOR CON INCONTINENCIA URINARIA

Diagnóstico enfermero: deterioro de la eliminación urinaria

Objetivo	Intervenciones enfermeras
El paciente logra la restauración parcial o completa del control de la vejiga	■ Asegurar que se ha realizado una evaluación exhaustiva para identificar la causa de la incontinencia y el potencial de recuperación del control vesical

El paciente contiene de manera eficaz la orina expulsada	■ Identificar el patrón de micción del individuo: frecuencia, percepción de la señal para orinar, tiempo entre la recepción de la señal y la incapacidad de contener la orina, cantidad que se expulsa y síntomas ■ Si existe el potencial para el control vesical, iniciar el programa de reeducacion vesical ■ Vigilar ingresos y egresos; estimar la orina que se escapa a la ropa personal y a la de cama (2,5 cm de diámetro equivalen a unos 10 ml de orina) ■ Asegurar el fácil acceso al baño; disponer de un váter portatil, cómodo u orinal al lado de la cama si es necesario ■ Ofrecer un mínimo de 1 500 ml de líquidos al día a menos que esté contraindicado ■ Alentar al paciente para que se incline al frente mientras está sentado en el váter y que se oprima la parte inferior del abdomen (método de Crede) para promover el vaciamiento vesical óptimo ■ Enseñar al paciente métodos para estimular el reflejo de micción: verter agua tibia en el perineo, frotar el abdomen y la parte interna de las piernas, beber agua mientras se está sentado en el váter ■ Instruir a las pacientes sobre los ejercicios de Kegel ■ Proporcionar dispositivos urinarios, sondas de condón, pañales para adulto, toallas sanitarias o pantalones especiales de incontinencia para contener la orina ■ Evitar el uso de sonda permanente ■ Cuando ocurren episodios de incontinencia, comentar de manera natural la causa con el paciente ■ Modificar el ambiente teniendo en cuenta la incontinencia (p. ej., proteger colchón y muebles, procurar ventilación adecuada, usar desodorante ambiental, mantener el baño bien iluminado)

Diagnóstico enfermero: riesgo de deterioro de la integridad cutánea relacionado con incontinencia.

Objetivo	Intervenciones enfermeras

El paciente mantiene la integridad cutánea	■ Revisar cada 2 h que el paciente esté seco; cambiar la ropa personal y de cama según se requiera
El paciente permanece seco y sin olores	■ Limpiar y secar de manera meticulosa la piel del paciente después de episodios de incontinencia ■ Valorar a diario el estado de la piel

Diagnóstico enfermero: riesgo de lesión relacionada con incontinencia.

Objetivo	Intervenciones enfermeras
El paciente está a salvo de caídas relacionadas con las fugas de orina	■ Proporcionar un dispositivo de contención eficaz de la orina (p. ej., pañal para adulto, sonda de condón) ■ Revisar el entorno del paciente de manera regular en busca de orina en el suelo ■ Limpiar la orina del suelo con prontitud

Diagnóstico enfermero: baja autoestima crónica relacionada con incontinencia.

Objetivo	Intervenciones enfermeras
El paciente restablece o mantiene los roles y funciones deseados	■ Alentar al paciente a expresar sus sentimientos
El paciente se forma o mantiene una imagen positiva de sí mismo	■ Dar explicaciones realistas acerca de causas, tratamiento y pronóstico según el tipo de incontinencia del paciente ■ Ayudar al paciente a vestir ropa de calle cómoda ■ Evitar hacer comentarios sobre la incontinencia del paciente en presencia de visitantes y otros pacientes ■ Asegurarse de que cuidadores y familiares traten al paciente con dignidad

Cáncer vesical

La incidencia de cáncer vesical aumenta con la edad. Según la American Cancer Society (2012), el 90% de los casos de cáncer de vejiga corresponde a personas de más de 55 años y en varones de edad avanzada la incidencia es del triple que en mujeres ancianas. La irritación crónica de la vejiga, la exposición a pigmentos y el tabaquismo —todos ellos factores evitables— se encuentran entre los factores de riesgo relacionados con tumores vesicales. Algunos de los síntomas son parecidos a

los de una infección vesical, como polaquiuria, tenesmo y disuria. Una hematuria indolora es el principal signo y es característica del cáncer de vejiga. En el paciente mayor se utilizan las medidas diagnósticas estándares para esta enfermedad, incluida la exploración cistoscópica.

El tratamiento del cáncer vesical puede incluir cirugía, radiación, inmunoterapia o quimioterapia, según la magnitud y localización de la lesión. La enfermera debe usar las medidas descritas en la bibliografía de enfermería medicoquirúrgica. La observación en busca de signos que indiquen metástasis, como dolor pélvico o dorsalgia, es parte de la atención enfermera para pacientes con cáncer vesical.

Cálculos renales

Los cálculos renales son más frecuentes en adultos maduros. En los mayores, la formación de cálculos puede deberse a inmovilización, infección, cambios en pH o concentración de la orina, diarrea crónica, deshidratación, excreción excesiva de ácido úrico e hipercalcemia. Dolor, hematuria y síntomas de infección de vías urinarias se relacionan con este problema, así como malestar gastrointestinal. En el adulto mayor se usan las medidas estándares de diagnóstico y tratamiento, y la enfermera puede ayudar previniendo la estasis urinaria suministrando líquidos abundantes y facilitando el tratamiento rápido de infecciones de las vías urinarias.

Glomerulonefritis

La glomerulonefritis crónica aparece más a menudo en personas mayores que sufren un trastorno agudo. Los síntomas de esta enfermedad pueden ser tan sutiles e inespecíficos que al principio pasan inadvertidos. Las manifestaciones clínicas incluyen: fiebre, fatiga, náuseas, vómito, anorexia, dolor abdominal, anemia, edema, artralgias, hipertensión arterial y aumento de la tasa de sedimentación. Puede aparecer oliguria, así como proteinuria y hematuria moderadas. Cefalea, convulsiones, parálisis, afasia, coma y alteración del estado mental también pueden ser consecuencias de edema cerebral relacionado con esta enfermedad.

Las medidas diagnósticas y terapéuticas no difieren en grado significativo de las usadas en jóvenes. Antibióticos, dieta baja en sodio y proteína, y estrecha atención a ingreso y eliminación de líquidos son las piezas básicas del plan de tratamiento. Si un adulto mayor recibe digitálicos, diuréticos o antihipertensivos, debe mantenerse una vigilancia estrecha en busca de efectos tóxicos acumulativos que den como resultado disfunción renal. El paciente debe evaluarse de manera periódica después de que la enfermedad aguda se resuelve, en busca de exacerbaciones de glomerulonefritis crónica y signos de insuficiencia renal.

CONSIDERACIONES ENFERMERAS GENERALES PARA LOS TRASTORNOS URINARIOS

Es necesario que las enfermeras actúen con sensibilidad al atender a pacientes con problemas urinarios. Además de que algunas personas consideran que se trata de áreas tabú, dichos trastornos pueden causar ansiedad y temor al creer que es cierta la

aseveración acerca de que las personas se hacen incontinentes con la edad. Son vitales las explicaciones realistas así como los esfuerzos concertados para corregir esos trastornos. El personal de todos los niveles ha de recordar la importancia del criterio y la dignidad individual al manejar estos problemas. El personal no debe revisar a la vista de otras personas si los pantalones del paciente están secos, permitir que alguien ocupe un cómodo en un pasillo, llevar a un grupo de estudiantes sin el permiso del paciente para observar un sondaje o regañar a un paciente porque sufra una fuga de orina en la cama. Deben realizarse todos los esfuerzos posibles por minimizar el avergonzarse y promover un autoconcepto positivo.

LLEVANDO LA INVESTIGACIÓN A LA VIDA

SONDAS URINARIAS EN EL DEPARTAMENTO DE URGENCIAS: LAS MUJERES MUY ANCIANAS ESTÁN EN ALTO RIESGO DE USO INNECESARIO

Fakih, M. G., Shemes, S. P., Pena, M. E., Dyc, N., Rey, J. E., Szpunar, S. M., & Saravolatz, L. D. (2010). American Journal of Infection Control, 38(9), 683–688.

En este estudio, los investigadores observaron el sondaje urinario de personas que ingresaron en un departamento de urgencias durante un período de 12 semanas. Se descubrió que los pacientes a quienes se insertaba una sonda sin que hubiera alguna indicación eran mayores, con edad promedio de 71,3 años. Las mujeres tuvieron 1,9 veces mayor probabilidad que los varones de que se les pusiera una sonda y en aquellas ≥80 años la probabilidad de que se les colocara una sonda urinaria sin que estuviera indicado fue 2,9 veces mayor que en las ≤50 años.

Los investigadores observan que las infecciones de vías urinarias representan más de un tercio de todas las infecciones adquiridas en el hospital y que el uso inapropiado de sondas urinarias contribuye a este problema. Dado que más de la mitad de las hospitalizaciones se realiza a través del departamento de urgencias, ésta es una causa de preocupación significativa.

El presente estudio pone de relieve la necesidad de enfermeras geriátricas en todas las áreas de especialidad para asegurarse de que las colegas no supongan que la edad avanzada sola es razón suficiente para intervenciones como la colocación de una sonda urinaria y para abogar por los adultos mayores asegurándose de que no se coloquen sondas sin una clara justificación, usando criterios basados en evidencias. El sondaje innecesario no sólo conlleva el riesgo de infecciones, a las cuales los adultos mayores son muy susceptibles, sino que además tiene implicaciones psicosociales. Este estudio demuestra asimismo cuán esencial es el conocimiento geriátrico para las enfermeras de cada área de especialidad; incluso las que trabajan en campos tan altamente agudos como el departamento de urgencias practican en alguna medida la enfermería

geriátrica.

REALIDADES PRÁCTICAS

La enfermera Adame trabaja medio tiempo en una residencia de 25 camas. Generalmente lo hace en el turno de la tarde, pero ha aceptado cubrir a una compañera en el turno de la mañana durante el fin de semana. En ambos días, la enfermera Adame nota un fuerte olor a orina al entrar al edificio en la mañana. El olor desaparece el resto del turno después de que los residentes se bañan, visten y se les cambia la ropa de cama. Al revisar los expedientes de los residentes, descubre que sólo en el caso de dos residentes hay anotaciones de incontinencia urinaria ocasional. Con base en el intenso olor que detectó, la enfermera Adame sospecha que hay más residentes con problemas de incontinencia más que ocasional.

¿Qué pasos puede dar la enfermera Adame para confirmar su sospecha?

EJERCICIOS DE PENSAMIENTO CRÍTICO

1. ¿Qué factores deben revisarse cuando se evalúa la incontinencia urinaria y qué dificultades podrían presentarse durante esa revisión al solicitar respuestas concretas a las personas mayores?
2. ¿Qué puede hacerse para reducir cada una de las principales causas de incontinencia urinaria en adultos mayores?
3. ¿Qué acciones podrían emprenderse para promover un autoconcepto positivo en un individuo con incontinencia urinaria?
4. Identificar recursos comunitarios para ayudar a pacientes con incontinencia o cáncer del aparato urinario.

RECURSOS

American Urologic Association
http://www.urologyhealth.org

National Association for Continence
http://www.nafc.org

National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases, National Kidney and Urologic Diseases Information Clearinghouse
http://www.kidney.niddk.nih.gov

Simon Foundation for Continence
http://www.simonfoundation.org

Society of Urologic Nurses and Associates
http://www.suna.org

REFERENCIAS

American Cancer Society. (2012). *What are the key statistics for bladder cancer? Cancer reference information*. Retrieved June 1, 2012 from

http://www.cancer.gov/aboutnci/servingpeople/snapshots/bladder.pdf

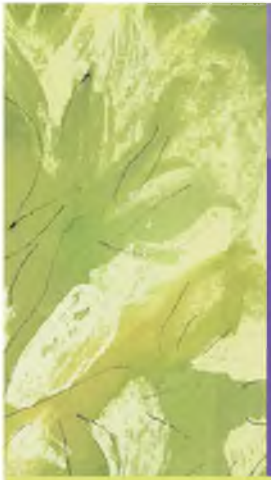
Foxman, B. (2003). Epidemiology of urinary tract infections: Incidence, morbidity, and economic costs. *Disease a Month, 49*(2), 53–70.

Lee, P. G., Cigolle, C., & Blaum, C. (2009). The cooccurrence of chronic diseases and geriatric syndromes: The health and retirement study. *Journal of the American Geriatrics Society, 57*(3), 511–516.

Ogundele, O., Silverberg, M. A., Sinert, R., & Guerrero, P. (2006). *Urinary incontinence*. eMedicine. Retrieved August 15, 2007 from http://www.emedicine.com/emerg/topic791.htm

LECTURAS RECOMENDADAS

Las lecturas recomendadas relacionadas con este capítulo pueden encontrarse en el sitio web que acompaña al libro. Visítese **http://thepoint.lww.com/espanol-Eliopoulos8e** para acceder a las lecturas recomendadas y otros recursos adicionales vinculados con este capítulo.



CAPÍTULO 23

Salud del aparato reproductor

RESUMEN DEL CAPÍTULO

Efectos del envejecimiento en el aparato reproductor

Promoción de la salud del aparato reproductor

Trastornos frecuentes del aparato reproductor

Problemas del aparato reproductor femenino.

Problemas del aparato reproductor masculino.

Resumen

Como en el caso de los problemas urinarios que se estudiaron en el capítulo anterior, los problemas del aparato reproductor suelen ser temas difíciles de tratar con los adultos mayores. Sin embargo, es importante que éstos consideren su aparato reproductor cuando piensen en su salud general. Además de prevenir y detectar problemas graves como cáncer y enfermedades de transmisión sexual, el hecho de comprender las prácticas de salud relacionadas con el aparato reproductor puede promover una actividad sexual satisfactoria en las personas mayores, con el resultado de múltiples beneficios. Las enfermeras gerontológicas tienen un papel esencial al educar a los mayores acerca de los cambios que ocurren con la edad y de importantes medidas de promoción de la salud a fin de prevenir o identificar problemas potencialmente graves del aparato reproductor.

OBJETIVOS DE APRENDIZAJE

Después de estudiar este capítulo, el lector será capaz de:

1. Enumerar cambios que ocurren en el aparato reproductor masculino y el femenino con la edad.
2. Describir medidas que promueven la salud del aparato reproductor de los adultos mayores.
3. Identificar factores que deben considerarse al valorar la salud del aparato reproductor en personas mayores.
4. Describir los síntomas y el tratamiento de trastornos seleccionados del aparato reproductor.
5. Diseñar las medidas del plan de cuidados para el paciente sometido a cirugía de próstata.

CONCEPTOS BÁSICOS

Disfunción eréctil: impotencia; dificultad para lograr o mantener una erección para el coito.
Dispareunia: coito doloroso en la mujer.
Hiperplasia prostática benigna: crecimiento no canceroso de la próstata que es común en varones mayores.

EFECTOS DEL ENVEJECIMIENTO EN EL APARATO REPRODUCTOR

El aparato reproductor femenino experimenta cambios que incrementan el riesgo de malestar e interfieren en las experiencias sexuales satisfactorias. Los cambios hormonales hacen que la vulva se atrofie. Se produce aplanamiento de los labios y pérdida de grasa subcutánea y vello. El epitelio vaginal se adelgaza y el ambiente vaginal se torna más seco y alcalino; estos cambios pueden hacer que el coito sea incómodo para las mujeres mayores, aunque en condiciones normales siguen siendo posibles los orgasmos y las experiencias sexuales satisfactorias. Cuello y cuerpo del útero, trompas de Falopio (tubas uterinas) y ovarios se atrofian. Además el útero y los ovarios también disminuyen de tamaño; por lo tanto, es posible que no sean palpables durante la exploración física. El endometrio sigue reaccionando a la estimulación hormonal. Las trompas de Falopio también se acortan y enderezan. Las mamas ceden por su propio peso y se hacen menos firmes con la edad debido al reemplazo de las glándulas mamarias por tejido adiposo después de la menopausia. Es posible alguna retracción de los pezones como resultado de encogimiento y cambios fibróticos. Pueden formarse fibras lineales en las mamas por fibrosis y calcificación de los conductos terminales.

También los genitales de los varones sufren cambios. El recuento espermático se reduce porque el epitelio de las vesículas seminales se adelgaza, el tejido muscular es

sustituido por tejido conectivo y la capacidad para retener líquidos disminuye. Los cambios estructurales de los túbulos seminíferos incluyen aumento de la fibrosis, adelgazamiento del epitelio, engrosamiento de la membrana basal y estrechamiento de la luz. Se produce atrofia de los testículos y reducción de la masa testicular. El líquido eyaculado suele permanecer sin cambio, aunque contiene menos espermatozoides vivos. La producción de testosterona se mantiene igual o disminuye sólo un poco. Se requiere más tiempo para alcanzar una erección y desaparece con más facilidad que en varones más jóvenes. La mayoría de los varones de edad avanzada experimenta crecimiento de la próstata y parte del tejido prostático es sustituido por tejido fibrótico. Aunque casi todos los casos de crecimiento prostático son benignos, el riesgo de cáncer se incrementa con la edad.

PROMOCIÓN DE LA SALUD DEL APARATO REPRODUCTOR

Una manera importante en que las enfermeras pueden promover la salud del aparato reproductor es insistir en la conveniencia de revisiones periódicas. Un examen ginecológico anual, que incluya un frotis de Papanicolaou, es esencial para la mujer mayor; también debe aprender a realizarse el autoexamen de mamas. Los varones con hipertrofia prostática deben someterse a exámenes cuando menos cada seis meses para asegurarse de que no ha ocurrido una transformación maligna. No se recomienda realizar de manera sistemática la prueba de antígeno específico de próstata (AEP) en varones sin antecedente de cáncer prostático. La enfermera también ha de asegurarse de que los varones mayores sepan realizarse el autoexamen testicular. Por último, son esenciales la anamnesis y la exploración física completas para determinar áreas específicas que requieren investigación adicional (Guía de valoración 23-1). En la tabla Diagnóstico enfermero 23-1 se enumeran diagnósticos relacionados con problemas del aparato reproductor que la enfermera puede identificar.

GUÍA DE VALORACIÓN 23-1
SALUD DEL APARATO REPRODUCTOR

ENTREVISTA

La entrevista debe incluir una revisión de funcionamiento, signos y síntomas. Se hacen preguntas acerca de lo siguiente:

- *Dolor.* «¿Experimenta dolor en la parte inferior del abdomen o en algún otro sitio? ¿Hay sensibilidad, molestia, prurito o dolor en alguna zona de los genitales? ¿Sufre dolor durante el coito?»
- *Secreción.* «¿Alguna vez ha notado secreciones, sangre u otras sustancias que salen de sus genitales?»
- *Disfunción sexual.* «¿Logra una erección y la mantiene durante todo el coito? ¿Cuál es el aspecto de su eyaculado? ¿Tiene sensibilidad o sequedad vaginales excesivas durante el coito? ¿Siente presión adicional o que el pene de su pareja golpea contra un obstáculo durante el coito? ¿Tiene coitos satisfactorios? ¿Ha habido cambios en su patrón sexual?»

EXPLORACIÓN FÍSICA

- Inspeccionar los genitales en busca de lesiones, llagas, soluciones de continuidad o masas. Tomar nota

de sangrado, secreciones, olores y otras anomalías.
- Si la paciente no se sometió a examen ginecológico o mamografía en el año pasado, referirla en consecuencia.
- En el caso de mujeres, palpar las mamas en busca de nódulos.
- Revisar el procedimiento para el autoexamen mamario femenino y dar instrucciones si no se tiene práctica en esta técnica.

DIAGNÓSTICO ENFERMERO

TABLA 23-1 Diagnóstico enfermero relacionado con problemas del aparato reproductor

Causas o factores contribuyentes	Diagnóstico enfermero
Disfunción sexual, dolor, vergüenza por síntomas o tratamientos	Ansiedad
Infección, cáncer	Dolor agudo
Aumento de alcalinidad y fragilidad del conducto vaginal, hipertrofia prostática	Riesgo de infección
Infección, dolor, alteración de estructuras, vergüenza	Disfunción sexual
Disfunción sexual	Trastorno de la imagen corporal
Vaginitis	Deterioro de la integridad cutánea
Hipertrofia prostática, vaginitis	Deterioro de la eliminación urinaria
	Dolor agudo

En el capítulo 12 se analizan consideraciones enfermeras para el fomento del funcionamiento sexual y la expresión en adultos mayores.

CONCEPTO CLAVE

Es importante asegurarse de que las mujeres mayores sepan realizarse el autoexamen de mamas y los varones mayores el autoexamen testicular.

TRASTORNOS FRECUENTES DEL APARATO REPRODUCTOR

Problemas del aparato reproductor femenino

Infecciones y tumores de la vulva

Los cambios de la vulva relacionados con la edad la hacen más frágil y susceptible a la irritación e infección. Los problemas vulvares en las mujeres mayores pueden reflejar procesos patológicos graves como diabetes, hepatitis, leucemia y anemia perniciosa. Vulvitis senil es el término que se usa para describir la infección vulvar relacionada con hipertrofia o atrofia. Procesos de incontinencia o higiene deficiente también pueden ser causas subyacentes de vulvitis. El principal síntoma relacionado con esta problemática es el prurito. Las pacientes con confusión e incapaces de comunicarse pueden exhibir inquietud y tocarse los genitales; es posible que la

enfermera descubra que esas pacientes sufren irritación y engrosamiento del tejido vulvar por rascado. Al principio, el tratamiento se dirige a localizar y manejar cualquier causa subyacente. Un buen estado nutricional ayuda a mejorar el trastorno, lo mismo que la atención especial a la higiene. El plan de tratamiento puede incluir baños de asiento y aplicaciones locales de compresas con solución salina o cremas a base de esteroides. Se requiere particular atención para mantener a la paciente con incontinencia tan limpia y seca como sea posible.

CASO A CONSIDERAR

El Sr., y la Sra. C., han estado casados durante 50 años y, ya que todos sus hijos han formado sus propias familias, viven solos. Tenían una vida sexual sana, pero con el transcurso de los años la frecuencia del coito y del juego sexual ha declinado de manera continua. Hace poco el Sr. C., oyó hablar a un amigo sobre su actividad sexual renovada desde que toma medicamentos para la disfunción eréctil. Estas conversaciones han hecho que el Sr. C., desee tener actividad sexual con más frecuencia; sin embargo, sus acercamientos sexuales han sido rechazados por su esposa, quien no sólo no muestra interés, sino que ridiculiza a su marido por esa causa. Sus diferencias en el deseo sexual están causando muchas discusiones en la pareja. Durante su visita para un examen ginecológico de rutina, la Sra. C., comenta que su marido «ha empezado a actuar como un maniático sexual y está haciendo el tonto por no comportarse conforme a su edad».

PENSAMIENTO CRÍTICO

- ¿Cuáles son los posibles factores que causan las reacciones de cada cónyuge?
- ¿Cómo podría responderse a la Sra. C.?

CONCEPTO CLAVE

Los cambios relacionados con la edad hacen que la vulva sea más frágil y más susceptible a irritación e infección.

Aunque es común que aparezca prurito en la vulvitis, también puede ser un síntoma de un tumor vulvar. Este problema también puede relacionarse con dolor e irritación. Cualquier masa o lesión en esta área debe recibir atención inmediata y someterse a biopsia. El clítoris suele ser el lugar de localización de un cáncer vulvar. El cáncer de la vulva, que es el cuarto cáncer ginecológico más común a edad avanzada, puede manifestarse en la forma de tumores ulcerosos o ulceronecróticos grandes, dolorosos y malolientes. También puede afectar los tejidos adyacentes. El tratamiento de elección suele ser una vulvectomía radical y tiende a ser bien tolerada por las mujeres mayores. Con menor frecuencia se utiliza radioterapia, que no es tan bien tolerada como la cirugía. Debe proporcionarse orientación sobre autocuidados, imagen corporal y actividad sexual. La detección y el tratamiento tempranos, antes de que ocurran metástasis a ganglios linfáticos inguinales, mejoran el pronóstico.

Vaginitis atrófica

La mujer posmenopáusica experimenta diversos cambios que afectan el conducto vaginal, incluidos reducción de colágeno y tejido adiposo, acortamiento y

estrechamiento del conducto vaginal, decremento de la elasticidad, menor lubricación vaginal y pH vaginal más alcalino como consecuencia de las menores concentraciones de estrógeno. La mayor fragilidad de la vagina en mujeres posmenopáusicas hace que se irrite con más facilidad, lo que incrementa el riesgo de vaginitis. Prurito, secreción maloliente y sangrado poscoital son síntomas que se vinculan con infección vaginal. El tratamiento podría incluir cremas tópicas a base de estrógeno y tratamiento de reposición de estrógeno. Las enfermeras deben recomendar a las mujeres mayores que eviten las duchas vaginales y el empleo de jabones y aerosoles perfumados en la zona de los genitales, y que usen ropa interior de algodón, mantengan la zona de los genitales limpia y seca, y utilicen lubricantes (p. ej., gel a base de agua, aceite con vitamina E y gel de sábila) para el coito. (El capítulo 30 presenta información adicional sobre la vaginitis.)

Cáncer de vagina

El cáncer vaginal es raro en mujeres mayores; con más frecuencia es metastásico que originario de la zona de la vagina. Todas las úlceras y masas vaginales que se detecten en mujeres mayores deben considerarse sospechosas de cáncer y someterse a biopsia. Dado que la irritación crónica puede predisponer a las mujeres a cáncer vaginal, las que tienen vaginitis crónica o que usan un pesario deben realizarse frotis de Papanicolaou frecuentes. El tratamiento es similar al que se usa para mujeres más jóvenes y suele consistir en radioterapia, agentes quimioterapéuticos tópicos o cirugía, según la magnitud del carcinoma.

Problemas del cuello uterino

Con la edad, el cuello uterino disminuye de tamaño y el epitelio endocervical se atrofia. En ocasiones las glándulas endocervicales se sellan, lo que causa la formación de «huevos de Naboth». Cuando las secreciones de estos quistes se acumulan, pueden producirse fiebre y una masa palpable sensible. Por ello es importante que la mujer mayor se someta a exámenes ginecológicos con regularidad para verificar la permeabilidad del cuello uterino.

Cáncer del cuello uterino

La incidencia de cáncer cervicouterino alcanza su máximo en la quinta y sexta décadas de vida, y declina después. Aunque menos del 25% de todos los casos diagnosticados de cáncer cervicouterino corresponde a mujeres mayores, más del 40% de las muertes por cáncer cervicouterino ocurre en este grupo. A pesar del hecho de que casi todos los pólipos endocervicales son benignos en mujeres de edad avanzada, deben verse con sospecha hasta que la biopsia confirme tal diagnóstico. Sangrado vaginal y leucorrea son signos de cáncer cervical en ancianas. No suele haber dolor. A medida que la enfermedad avanza, es posible que la paciente presente retención o incontinencia urinaria, incontinencia fecal y uremia. El tratamiento del cáncer cervicouterino consiste en radiación o cirugía. La American Cancer Society (2007) sugiere pruebas de Papanicolaou anuales hasta los 70 años de edad; para mujeres de más de 70 años que han tenido al menos tres pruebas de Papanicolaou normales y ninguna anormal en los últimos 10 años, los frotis pueden realizarse cada 2 a 3 años o según lo recomiende su médico.

Cáncer del endometrio

Aunque afecta principalmente a mujeres en el intervalo de edad de 55 a 65 años, el cáncer endometrial no es raro en mujeres mayores. Tiene incidencia más alta en obesas, diabéticas e hipertensas. Cualquier sangrado posmenopáusico debe hacer surgir de inmediato la sospecha de esta enfermedad. Suelen realizarse dilatación y legrado para confirmar el diagnóstico porque no todos los casos pueden detectarse sólo con frotis de Papanicolaou. El tratamiento consiste en cirugía, radioterapia o una combinación de ambas. El tratamiento temprano puede prevenir metástasis a vagina y cuello uterino. Es posible que los pólipos endometriales también causen sangrado y deben recibir la atención debida porque podrían indicar cáncer incipiente.

Cáncer de ovarios

El cáncer ovárico, cuya incidencia aumenta con la edad, es responsable de sólo el 5% de la enfermedad maligna en mujeres mayores, aunque es la principal causa de muerte por cáncer ginecológico. Los síntomas tempranos son inespecíficos y pueden confundirse con malestar gastrointestinal. Conforme la enfermedad avanza, las manifestaciones clínicas incluyen sangrado, ascitis y múltiples masas. El tratamiento suele consistir en cirugía o radiación. Los tumores ováricos benignos por lo común ocurren en mujeres mayores y por lo general se requiere cirugía para distinguirlos de los malignos.

CONCEPTO CLAVE

Aunque el cáncer ovárico es menos común que el endometrial o el cervicouterino, es más letal.

Hernia perineal

Como resultado del estiramiento y desgarro de músculos durante el parto y de la debilidad muscular relacionada con la edad avanzada, la hernia perineal es un problema común entre mujeres mayores. Cistocele, rectocele y prolapso uterino son los tipos más frecuentes. Con este trastorno se relacionan dorsalgia baja, pesadez pélvica y sensación de tirantez. También pueden ocurrir incontinencia urinaria y fecal, retención y estreñimiento. A veces la mujer siente presión o se palpa una masa en la vagina. Es posible que estas hernias hagan que el coito sea difícil e incómodo. Aunque los rectoceles no tienden a empeorar con la edad, ello sí ocurre con los cistoceles, que causarán problemas mayores con el tiempo. La cirugía es el tratamiento de elección y suele ser exitosa para corregir dichos problemas.

Dispareunia

La dispareunia es un problema común en mujeres mayores, en las que acompaña a los cambios hormonales. Las mujeres nulíparas experimentan este problema con más frecuencia que aquellas que han tenido hijos. Dado que vulvitis, vaginitis y otros problemas ginecológicos pueden contribuir a la dispareunia, es importante realizar un examen ginecológico exhaustivo y deben corregirse lesiones o infecciones para aliviar el problema. Es necesario realizar cualquier esfuerzo posible para ayudar a la

mujer mayor a tener una vida sexual satisfactoria. (En el capítulo 12 se presenta una exposición más detallada de problemas que afectan la actividad sexual.)

CONCEPTO CLAVE

La dispareunia es un dato común, aunque no necesariamente normal, en mujeres mayores.

Cáncer de mama

Disminución del tejido adiposo y atrofia de las mamas en las mujeres mayores pueden hacer que tumores que tal vez han estado presentes durante muchos años se hagan más evidentes. Dado que el cáncer mamario es la segunda causa principal de muertes por cáncer en mujeres, las enfermeras deben alentarlas a someterse a exámenes mamarios con regularidad. Por desgracia, aunque la incidencia de cáncer mamario aumenta con la edad, a medida que la mujer envejece es menos probable que se realice el autoexamen de mamas o mamografías anuales o se someta a exámenes mamarios realizados por un profesional de la salud. Las medidas diagnósticas y terapéuticas para mujeres con cáncer de mama son las mismas para cualquier edad. Se recomienda que se sometan a mamografías anuales a partir de los 40 años de edad y después de los 75 años cada 2 a 3 años a menos que un profesional de la salud recomiende otra cosa.

CONCEPTO CLAVE

Aunque la incidencia de cáncer mamario aumenta con la edad, las mujeres mayores son el grupo con menor probabilidad de realizarse mamografías y de someterse a exámenes mamarios efectuados por un profesional o de practicarse autoexámenes.

Problemas del aparato reproductor masculino

Disfunción eréctil

La disfunción eréctil, que es la incapacidad de experimentar y mantener una erección para el coito, es un problema que afecta a la mayoría de los varones de más de 70 años de edad. Si bien la incidencia aumenta con la edad, la disfunción eréctil no es una consecuencia normal del envejecimiento, sino más bien se debe a causas como alcoholismo, diabetes, dislipidemia, hipertensión, hipogonadismo, esclerosis múltiple, insuficiencia renal, lesión de médula espinal, trastornos tiroideos y factores psicológicos. Anticolinérgicos, antidepresivos, antihipertensores, digoxina, sedantes y tranquilizantes están entre los fármacos de uso común en adultos mayores que también pueden causar disfunción eréctil.

Se recurre a diversos tratamientos para abordar la disfunción eréctil, incluidos agentes específicos para la erección (p. ej., citrato de sildenafilo, hidrocloruro de vardenafilo y tadalafil), fármacos que se inyectan en el pene, implantes penianos y

bombas de vacío. Algunos de los fármacos para la erección tienen efectos secundarios que contraindican su uso en algunos individuos, por lo que es esencial la evaluación cuidadosa de riesgos antes de prescribirlos.

Hiperplasia prostática benigna

La mayoría de los varones mayores presenta algún grado de hiperplasia prostática benigna, lo que hace que alrededor de uno de cada cuatro de ellos tenga disuria. Los síntomas de este problema avanzan de manera lenta pero continua porque la próstata en crecimiento ejerce presión en la uretra; los primeros son dificultad para comenzar a orinar, menor fuerza del chorro de orina, polaquiuria y nicturia como resultado de obstrucción del cuello vesical y compresión de la uretra, lo que causa hipertrofia compensatoria del músculo detrusor y ulterior obstrucción del flujo de salida. Pueden ocurrir goteo posmiccional, control deficiente, incontinencia por rebosamiento y sangrado. A medida que la hiperplasia avanza, la pared vesical pierde su elasticidad y se hace más gruesa, lo que ocasiona retención urinaria y mayor riesgo de infección urinaria. Por desgracia, algunos varones no buscan atención médica de inmediato por temor o vergüenza y pueden ya presentar daño renal cuando los síntomas son lo suficientemente graves para motivarlos a solicitar una evaluación.

El tratamiento puede incluir masaje prostático, uso de antisépticos urinarios y, si es posible, evitación de diuréticos, anticolinérgicos y antiarrítmicos. El método más común de prostatectomía para varones mayores con prostatismo es la cirugía transuretral. Deben darse garantías al paciente de que esta cirugía no necesariamente produce impotencia. Sin embargo, se requieren explicaciones realistas de modo que comprenda que esta operación no causa un rejuvenecimiento repentino del desempeño sexual (fig. 23-1). En el Plan de cuidados enfermeros 23-1 se describe la atención del varón mayor que se somete a cirugía prostática. (La prostatitis se discute en el capítulo 30.)

FIGURA 23-1 ■ Los varones se benefician de las explicaciones realistas sobre los efectos de los tratamientos para el funcionamiento sexual.

Cáncer de próstata

La incidencia del cáncer prostático aumenta con la edad. De hecho, más de la mitad de los varones de más de 70 años tiene evidencia histológica de cáncer de próstata,

aunque menos del 3% morirá por esta enfermedad (National Cancer Institute, 2012). Con frecuencia, el trastorno es asintomático; sin embargo, la mayoría de los cánceres prostáticos puede detectarse mediante examen rectal digital (tacto rectal), lo que pone de relieve la importancia de los exámenes médicos realizados con regularidad. Debe hacerse seguimiento exhaustivo a la hipertrofia benigna, porque al parecer se relaciona con cáncer prostático, cuyos síntomas pueden ser similares. Es posible que síntomas como dorsalgia baja, anemia, debilidad y pérdida de peso se deban a metástasis. Una prueba de APE ayuda a establecer el diagnóstico, que se confirma mediante biopsia.

PLAN DE CUIDADOS ENFERMEROS 23-1

VARÓN MAYOR QUE SE RECUPERA DE CIRUGÍA PROSTÁTICA

Diagnóstico enfermero: Riesgo de lesión e infección relacionado con cirugía.

Objetivo	Intervenciones enfermeras
El paciente está libre de lesión y libre de infección	■ Recomendar al paciente que evite actividades extenuantes durante 3 a 4 semanas ■ Recomendar al paciente que prevenga el estreñimiento. Sugerir ajustes en la alimentación según se requiera; indicar al paciente que consulte al médico acerca del uso de productos que ablanden las heces si las evacuaciones intestinales requieren esfuerzo o son irregulares ■ Enseñar al paciente a evitar la maniobra de Valsalva ■ Alentar el consumo de abundantes líquidos a menos que esté contraindicado ■ Enseñar al paciente a observar signos de complicaciones e informarlos de inmediato, incluidos sangre roja clara en la orina, temperatura elevada, dolor intenso, debilidad

Diagnósticos enfermeros: (1) Disfunción sexual relacionada con cirugía; (2) Conocimientos deficientes sobre el efecto de la cirugía en el funcionamiento sexual.

Objetivo	Intervenciones enfermeras
El paciente expresa comprensión realista del efecto de la cirugía en el funcionamiento sexual; reanuda relaciones sexuales	■ Consultar al médico acerca de restricciones sexuales; discutirlas con el paciente (por lo común, se evita el coito alrededor de un mes después de la operación; una vez transcurrido este tiempo el paciente suele poder volver al

satisfactorias	patrón sexual previo. No es raro que el retorno completo del funcionamiento sexual requiera hasta 1 año) ■ Valorar la comprensión del paciente del impacto de la cirugía en el funcionamiento sexual; aclarar información errónea según se requiera ■ Escuchar las preocupaciones del paciente y brindarle apoyo ■ Discutir el retorno previsto del funcionamiento sexual con la esposa del paciente si éste lo acepta ■ Preparar al paciente para la posibilidad de eyaculación retrógrada (orgasmo seco), que dará un aspecto lechoso a la orina ■ Discutir con la pareja la posible ansiedad y otros factores psicológicos relacionados con enfermedad y cirugía que podrían interferir en el funcionamiento sexual ■ Alentar a la pareja a compartir otras formas de intimidad mientras se reanuda el coito

Diagnóstico enfermero: Riesgo de incontinencia urinaria: de esfuerzo o urgencia relacionada con el retiro de la sonda.

Objetivo	Intervenciones enfermeras
El paciente recupera la continencia urinaria	■ Valorar el control vesical después de que se retira la sonda urinaria ■ Si ocurre goteo de orina, indicar al paciente que es común y que desaparecerá; enseñarle ejercicios perineales

Si no han ocurrido metástasis, el tratamiento suele consistir en vigilancia, radioterapia o prostatectomía radical; esta última intervención dará por resultado impotencia. Pueden usarse estrógenos para prevenir la diseminación del tumor. El tratamiento paliativo, que se administra si el cáncer ha metastatizado, incluye radiación, cirugía transuretral, orquiectomía y estrógenos. Los principios generales relacionados con estas medidas terapéuticas son aplicables al paciente anciano. Muchos varones conservan el funcionamiento sexual después de la orquiectomía y durante el tratamiento con estrógeno; debe solicitarse al médico orientación específica acerca de los resultados esperados en cada caso.

Tumores de pene, testículos y escroto

El cáncer de pene es raro y se presenta como una lesión indolora o una masa verrugosa en el prepucio o el glande. El parecido de esta masa con un chancro puede llevar a un diagnóstico erróneo o inducir renuncia del paciente a solicitar tratamiento. En caso de cualquier lesión peniana debe tomarse una muestra para biopsia. El tratamiento suele consistir en radioterapia y escisión local en el caso de lesiones pequeñas, y amputación peniana parcial o total para lesiones extensas.

Los tumores testiculares son raros en varones mayores, pero suelen ser malignos cuando se presentan; crecimiento y dolor de testículos, y crecimiento de mamas son síntomas sospechosos. Quimioterapia, radiación y orquiectomía son algunas medidas terapéuticas. Como parte de la valoración, las enfermeras deben constatar el conocimiento que el paciente tiene del autoexamen testicular y proporcionar educación sobre esta maniobra en caso necesario; la American Cancer Society ofrece materiales educativos para esta ayuda.

Las masas escrotales, casi siempre benignas, pueden deberse a trastornos como hidrocele, espermatocele, varicocele y hernia. Los síntomas y el tratamiento dependen de la causa subyacente y son los mismos que para varones más jóvenes. Como en el caso de cualquier problema del aparato reproductor, es importante la orientación sobre prácticas de autocuidado, imagen corporal y actividad sexual.

RESUMEN

La salud del aparato reproductor incide en la salud general. Los trastornos del aparato reproductor pueden relacionarse con procesos patológicos no diagnosticados que requieren atención, como diabetes e infecciones. La estrecha relación y confianza que los pacientes a menudo establecen con las enfermeras pueden hacer que aquéllos se sientan más confortables al compartir preocupaciones y síntomas relacionados con el aparato reproductor de manera más abierta que con cualquier otro miembro del equipo de salud. Las enfermeras deben incluir una revisión del aparato reproductor en sus valoraciones de los pacientes y asegurarse de que los datos y síntomas anómalos se sometan a evaluación y tratamiento apropiados.

LLEVANDO LA INVESTIGACIÓN A LA PRÁCTICA

DETECCIÓN DE CÁNCER PROSTÁTICO: *U. S. PREVENTIVE SERVICES TASK FORCE RECOMMENDATIONS STATEMENT*

Moyer, V. A.: en nombre de la U. S. Preventive Services Task Force. (2012). Annals of Internal Medicine, 156(10), 812–825; también disponible en el portal de la U. S. Preventive Services Task Force, http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/uspsprca.htm

Tras revisar los datos del U.S. Prostate, Lung, Colorectal, and Ovarian Cancer Screening Trial y el European Randomized Study of Screening for Prostate Cancer, la U.S. Preventive Services Task Force redujo la calificación que otorga a la detección de cáncer prostático basada en

antígeno específico de próstata (AEP). El estudio estadounidense no demostró reducción alguna en las muertes por cáncer de próstata como resultado de las pruebas. En el estudio europeo se observó un descenso de dichas muertes de alrededor de una por cada 1 000 varones a los que se aplicó la prueba.

Alrededor del 90% de los varones a quienes se detectó cáncer de próstata mediante la prueba de AEP recibieron tratamiento. De éstos, hasta 5 de cada 1 000 murieron en el mes siguiente a la cirugía y entre 10 y 70 tendrán complicaciones graves. De manera global, se descubrió que el daño resultante de las intervenciones diagnósticas y terapéuticas fue mayor que el beneficio.

Esta nueva evidencia y el cambio en las recomendaciones para la prueba de AEP demuestran la necesidad de que las enfermeras se mantengan al tanto de los resultados de las nuevas investigaciones y se aseguren de que el ejercicio de su profesión se base en evidencia actual y las mejores prácticas.

REALIDADES PRÁCTICAS

El Sr. y la Sra. Núñez, ambos de 66 años, han disfrutado de una actividad sexual satisfactoria y sana durante sus 20 años de matrimonio. La Sra. Núñez se sometió a una mastectomía por cáncer mamario cuatro meses antes y ha notado que, desde el momento del diagnóstico, su marido ha estado más distante. Desde la mastectomía, no han tenido relaciones sexuales y él ya no la abraza. La Sra. Núñez desea reanudar la actividad sexual, pero su esposo se excusa y no parece interesado.

¿Cuál podría ser la causa de la reacción del Sr. Núñez? ¿Qué podría hacerse para ayudar a la pareja?

EJERCICIOS DE PENSAMIENTO CRÍTICO

1. Discutir las razones por las cuales los adultos mayores no se realizan el autoexamen mamario y testicular, y las medidas que las enfermeras podrían tomar para promover la práctica de estas exploraciones en esa población.
2. Diseñar un programa para asegurar que los individuos que viven en residencias de ancianos se sometan con regularidad a exámenes de mamas y testiculares.
3. Plantear sugerencias que podrían hacerse a mujeres mayores que declaran que el coito les resulta doloroso o molesto debido a sequedad del conducto vaginal.

RECURSOS

Gilda's Club Worldwide
http://www.gildasclub.org

Gynecologic Cancer Foundation
http://www.wcn.org
MaleCare
http://www.malecare.com
National Prostate Cancer Coalition
www.zerocancer.org
Ovarian Cancer National Alliance
http://www.ovariancancer.org
The Wellness Community
http://www.thewellnesscommunity.org

REFERENCIAS

American Cancer Society. (2007). *American Cancer Society guidelines for early detection of cancer.* Retrieved August 20, 2007 from http://www.cancer.org/Healthy/FindCancerEarly/CancerScreeningGuidelines/american-cancer-society-guidelines-for-the-early-detection-of-cancer

National Cancer Institute. (2012). *Cancer Fact Sheet.* Retrieved May 30, 2012 from http://seer.cancer.gov/statfacts/html/prost.html

LECTURAS RECOMENDADAS

Las lecturas recomendadas relacionadas con este capítulo pueden encontrarse en el sitio web que acompaña al libro. Visítese **http://thepoint.lww.com/espanol-Eliopoulos8e** para acceder a las lecturas recomendadas y otros recursos adicionales vinculados con este capítulo.

CAPÍTULO 24

Movimiento

RESUMEN DEL CAPÍTULO

Efectos del envejecimiento en el funcionamiento del aparato locomotor

Promoción de la salud del aparato locomotor

- Promoción de la actividad física en todos los grupos de edad.
- Programas de ejercicio para adultos mayores.
- Conexión cuerpo-mente.
- Prevención de la inactividad.
- Nutrición.

Trastornos seleccionados del aparato locomotor

- Fracturas.
- Artrosis.
- Artritis reumatoide.
- Osteoporosis.
- Gota.
- Trastornos de los pies.

Consideraciones enfermeras generales para los trastornos del aparato locomotor

- Manejo del dolor.

Prevención de lesiones.

Promoción de la independencia.

OBJETIVOS DE APRENDIZAJE

Después de estudiar este capítulo, el lector será capaz de:

1. Describir los efectos del envejecimiento en el funcionamiento del aparato locomotor.
2. Enumerar los beneficios de la actividad física.
3. Describir las adaptaciones que tal vez sea necesario hacer en los programas de ejercicio para edad avanzada.
4. Identificar los desafíos que los mayores pueden afrontar para mantenerse activos.
5. Enumerar acciones que podrían beneficiar a un individuo mayor con deterioro de la movilidad.
6. Definir el papel de la nutrición en la salud del aparato locomotor.
7. Describir los factores contribuyentes, los síntomas y los cuidados enfermeros relacionados con fracturas, artrosis, artritis reumatoide, osteoporosis, gota y trastornos de los pies.
8. Discutir medidas de manejo del dolor para problemas del aparato locomotor.
9. Identificar maneras de reducir los riesgos de lesión relacionados con problemas del aparato locomotor.
10. Detallar medidas que facilitan la independencia en personas con problemas del aparato locomotor.

CONCEPTOS BÁSICOS

Artrosis: enfermedad articular degenerativa en la que aparece deterioro progresivo y abrasión del cartílago articular, con formación de nuevo hueso en las superficies articulares.

Onicomicosis: infección micótica de la uña o el lecho ungueal.

Osteoporosis: trastorno óseo caracterizado por baja densidad y porosidad de los huesos.

Sarcopenia: declive secundario a la edad de la masa o el funcionamiento musculares (o ambos) a causa de disminución de la síntesis de proteína y aumento de la degradación de la proteína muscular.

Tiña del pie: dermatofitosis interdigitoplantar, pie de atleta; infección micótica de los pies.

Son muchos los beneficios físicos, psicológicos y sociales que se obtienen de la actividad física regular. Ayuda al funcionamiento respiratorio, circulatorio, digestivo, excretor y locomotor. La agudeza mental y el estado de ánimo mejoran

gracias a los efectos fisiológicos del ejercicio. La actividad física puede ser un medio para socializar puesto que una buena condición físi ca ayuda a los mayores a participar en actividades sociales. Múltiples problemas de salud, como ateroesclerosis, obesidad, inmovilidad articular, neumonía, estreñimiento, úlceras por presión, depresión e insomnio, pueden evitarse manteniendo un estado físico activo. Sin embargo, mantener la actividad física es más desafiante en la edad avanzada debido a los efectos del envejecimiento y a los síntomas y las restricciones impuestas por los problemas de salud crónicos que tienen alta prevalencia en la población mayor. Las enfermeras gerontológicas pueden hacer una contribución significativa a la salud de los adultos mayores al orientarlos para mantener y mejorar su condición física, y al ayudarlos a manejar de manera eficaz los trastornos que podrían amenazar su actividad física.

EFECTOS DEL ENVEJECIMIENTO EN EL FUNCIONAMIENTO DEL APARATO LOCOMOTOR

La disminución del número y tamaño de las fibras musculares y la ulterior reducción de la masa muscular reducen la fuerza física; por ejemplo, el tiempo que puede sostenerse la sujeción forzada es menor. Los cambios en el tejido conectivo reducen la flexibilidad de articulaciones y músculos.

Un reto creciente al que se enfrentan los individuos conformen envejecen es la *sarcopenia*, la reducción con la edad de la masa o el funcionamiento musculares (o ambos) a consecuencia de menor síntesis de proteína y mayor degradación de la proteína muscular. Cuando se añade al descenso de la capacidad de regeneración muscular que ocurre en la edad avanzada, puede ocasionar discapacidad, sobre todo en pacientes con enfermedades o deterioro orgánico. La inmovilidad y la falta de ejercicio, el aumento de las concentraciones de citocinas proinflamatorias, una mayor producción de radicales libres de oxígeno o el deterioro de la destoxificación, junto con baja producción de hormonas anabólicas, desnutrición y disminución de los impulsos nerviosos, se han reconocido como causas de la aparición de sarcopenia (Di Iorio y cols., 2006).

Además de los efectos de envejecimiento y la aparición de enfermedades, los factores psicosociales pueden incidir en la actividad. La pérdida de la pareja o de amigos puede limitar la participación de los mayores en actividades sociales y recreativas, y reducir de este modo las oportunidades para realizar actividad física. La jubilación a menudo se acompaña de disminución de la actividad, porque la persona ya no tiene que prepararse para ir al trabajo, ni realizarlo. Las actividades sociales y recreativas que podrían constituir oportunidades para llevar a cabo algo de ejercicio suelen restringirse debido a limitaciones económicas o a una salud deficiente. El cambio de casa en la que la persona mayor crió a sus hijos a otra más pequeña, un apartamento o una residencia reduce la necesidad de efectuar tareas de limpieza y mantenimiento, que eran una oportunidad para moverse.

En la tabla Diagnóstico enfermero 24-1 se describen los efectos del envejecimiento que desafían la capacidad del individuo mayor para permanecer

activo.

PROMOCIÓN DE LA SALUD DEL APARATO LOCOMOTOR

Promoción de la actividad física en todos los grupos de edad

El mantenimiento de la actividad física es una tarea difícil no sólo para los mayores sino también para muchas personas más jóvenes. Cada vez menos ocupaciones requieren trabajo físico intenso y las que lo hacen a menudo recurren a innovaciones tecnológicas para ejecutar las tareas más extenuantes. Ver televisión, participar en foros sociales y ver deportes son formas populares de diversión. El automóvil particular, los taxis y autobuses ahora llevan a las personas a los destinos a los que antes se accedía caminando. Ascensores y escaleras automáticas minimizan el uso de las escaleras ordinarias. Los aparatos modernos han reducido en gran medida la energía física que antes se dedicaba a las tareas domésticas. Los jóvenes actuales pasan mucho tiempo sentados frente al ordenador enviando mensajes y jugando a videojuegos. Cada vez más personas encuentran difícil dedicar tiempo a correr o ir al gimnasio.

DIAGNÓSTICO ENFERMERO

TABLA 24-1 Envejecimiento y riesgos para el mantenimiento de un estado activo

Causas o factores contribuyentes	Diagnóstico enfermero
Disminución del gasto cardíaco	Intolerancia a la actividad relacionada con manejo menos eficiente del estrés
Capacidad y eficiencia respiratorias reducidas	Intolerancia a la actividad relacionada con falta de aliento
Demora en la difusión de oxígeno	Perfusión ineficaz de tejidos periféricos relacionada con lentitud en la difusión de oxígeno
Decremento de masa, fuerza y movimientos musculares	Intolerancia a la actividad relacionada con debilidad muscular y fatiga
Desmineralización ósea; deterioro de cartílago, superficies articulares	Deterioro de la movilidad física relacionado con disminución de rango de movimiento
Fragilidad ósea	Riesgo de lesión
Pérdida de visión y audición	Aislamiento social relacionado con déficit sensitivo
Arrugamiento de la piel; adelgazamiento, caída y despigmentación del cabello	Alteración de la imagen corporal relacionada con cambios de aspecto
Disminución del metabolismo basal	Deterioro de la movilidad física relacionado con funcionamiento más lento
	Riesgo de lesión e infección relacionado con disminución de las funciones corporales durante los estados de reposo/sueño
Mayor prevalencia de enfermedad discapacitante crónica	Riesgo de organización ineficaz de la actividad relacionado con enfermedad crónica
	Deterioro de la movilidad física relacionado con enfermedad crónica
	Dolor crónico relacionado con enfermedad crónica
	Deterioro de la interacción social relacionado con enfermedad crónica
Ingreso económico reducido	Déficit de actividades recreativas relacionado con menor disponibilidad de fondos para diversión
	Baja autoestima crónica relacionada con disminución de los ingresos
	Aislamiento social relacionado con menor disponibilidad económica para transporte, entretenimiento y diversión

Una manera importante en que las enfermeras gerontológicas pueden influir en la salud de las generaciones actuales y futuras de personas mayores es educando y estimulando a los integrantes de diferentes grupos de edad para que se ejerciten con regularidad. Todos los programas de ejercicio deben abordar:

- *Resistencia cardiovascular.* La capacidad de corazón, pulmones y vasos sanguíneos para suministrar oxígeno a todas las células del organismo se ve favorecida por el entrenamiento aeróbico. Los ejercicios aeróbicos incluyen caminar, correr, ciclismo, natación, remo, tenis y danza aeróbica. Para la resistencia cardíaca, estos ejercicios deben realizarse durante un tiempo suficiente para requerir un suministro continuo de oxígeno, lo cual demanda al aparato cardiopulmonar que alcance una frecuencia cardíaca mínima de 55% de su valor máximo (recuadro 24-1). Lo ideal es que durante el ejercicio la frecuencia cardíaca esté dentro del intervalo de frecuencia cardíaca deseada. Según el ejercicio, el tiempo de práctica debe ser cuando menos de 20 min, por lo menos tres días a la semana. Tal vez se requieran ajustes en el objetivo deseable de frecuencia cardíaca en el caso de personas con cardiopatías o que toman determinados fármacos; es importante la consulta con un médico antes de iniciar un programa de ejercicio.

RECUADRO 24-1 Cálculo de las frecuencias cardíacas máxima y objetivo

Frecuencia cardíaca máxima = 220 − edad Frecuencia cardíaca objetivo = frecuencia cardíaca máxima × 75 %
Intervalo de frecuencia cardíaca objetivo = del 65 al 80% de la frecuencia cardíaca máxima
(Los monitores de frecuencia cardíaca comerciales, que se venden en tiendas de artículos deportivos, proveen información sobre la frecuencia cardíaca durante el ejercicio sin el inconveniente de tener que detenerse para palpar el pulso.)

- *Flexibilidad.* La capacidad para mover libremente los músculos y las articulaciones en toda su amplitud de movimiento es otra parte de la capacidad física. Los ejercicios de estiramiento suave ayudan a mantener la flexibilidad de articulaciones y músculos; realizar ejercicios de estiramiento entre 5 y 10 min antes y después de otros ejercicios ayuda a reducir el dolor muscular. Es necesario estirar los principales grupos de músculos al menos dos veces a la semana.
- *Mejora de la fuerza.* Fuerza y resistencia se fomentan con ejercicios que exigen desempeño de los músculos. Dos elementos clave de la mejora de la fuerza son resistencia y progresión. La resistencia se adquiere mediante el uso de pesas y aparatos de gimnasio; los ejercicios isométricos y el desplazamiento del propio peso a través de gimnasia, como en la realización de lagartijas y fondos, también son medios adecuados para adquirir fuerza. La progresión implica incrementar la carga de trabajo de los músculos, como al levantar pesas de mayor calibre. La recomendación para la mayoría de los adultos es ejercitar un músculo en una serie de 8 a 12 repeticiones al menos dos veces a la semana.

Es esencial que en cada valoración de la salud se revise la calidad y cantidad de ejercicio. Las enfermeras deben abordar los déficits de ejercicio identificados revisando las metas y estrategias de ejercicio deseable. Ayudar hoy a las personas a desarrollar buenos hábitos de ejercicio promueve una población mayor más sana en el futuro.

PARA REFLEXIONAR

¿Ha integrado en su vida el ejercicio regular? En caso contrario, ¿qué factores se lo impiden?

Programas de ejercicio para adultos mayores

La moda de la aptitud física es popular en las sociedades occidentales y los mayores no son inmunes a este movimiento. La actividad física regular demora o previene algunas de las pérdidas del funcionamiento cardiovascular que ocurren con la edad y mejora la captación máxima de oxígeno. También puede reducir la presión arterial sistólica y diastólica en reposo. Asimismo incrementa la fuerza y flexibilidad musculares, y reduce la rapidez de la pérdida ósea.

FIGURA 24-1 ■ Las actividades dirigidas a veces dan oportunidades para socializar y hacer ejercicio.

El ejercicio ayuda a mejorar el tono corporal, la circulación, el apetito, la digestión, la excreción, la respiración, la inmunidad, el sueño y el autoconcepto. La participación en programas de ejercicio a menudo también da oportunidades para la socialización y recreación (fig. 24-1). Cada vez más los mayores comprenden los beneficios de dichos programas y participan en ellos.

Aunque el ejercicio es muy beneficioso para las personas mayores, puede crear problemas si no se hacen adaptaciones que tengan en cuenta su edad avanzada. Además de los efectos del envejecimiento en el funcionamiento del aparato locomotor descritos antes, los cambios relacionados con la edad afectan la capacidad de una persona para realizar ejercicio. La reducción del volumen sistólico que se experimenta con la edad no suele causar problemas durante el ejercicio ligero, aunque no es capaz de aumentar la respuesta ante el ejercicio más enérgico, a diferencia de lo que ocurre en corazones más jóvenes. Esto hace que la frecuencia cardíaca aumente para aportar una circulación adecuada a los tejidos. Además de que una mayor resistencia al flujo sanguíneo causa una mayor presión sistólica durante el reposo, ésta puede aumentar por encima de 200 mmHg durante el ejercicio. El descenso de la capacidad vital y el aumento de la capacidad residual limitan el movimiento de aire, causando que los músculos respiratorios trabajen más y que la frecuencia respiratoria se eleve. El aumento proporcional de la grasa corporal en los organismos más viejos ocasiona que el calor se disipe de manera menos eficiente, lo cual hace a las personas mayores más susceptibles a la insolación si realizan ejercicio a altas temperaturas. La diminución del 10 al 15% del líquido corporal total que se experimenta en la edad avanzada significa que las personas mayores se deshidratan con mayor facilidad al transpirar durante el ejercicio. Estos factores ponen de relieve la importancia de evaluar a los mayores antes de que comiencen un programa de ejercicio y de vigilar su estado durante la actividad física. En el recuadro 24-2 se describen algunas de las directrices que pueden ayudar a las personas mayores a obtener el máximo beneficio de los programas de ejercicio.

RECUADRO 24-2 Directrices para programas de ejercicio para personas mayores

- Asegurarse de que se haya realizado un examen físico con anterioridad para detectar trastornos que pudieran afectar el programa de ejercicio o ser afectados por éste (p. ej., cardiopatía y diabetes). Si hay problemas de salud, consultar con el médico acerca de restricciones o modificaciones en el programa de ejercicio.
- Valorar el nivel de actividad actual del individuo mayor, su rango de movimiento, fuerza y tono musculares, y su respuesta a la actividad física. En colaboración con el paciente, diseñar un programa de ejercicio que tenga en cuenta sus intereses, capacidades, limitaciones y potencial realista.
- Dar prioridad a ejercicios que se concentren en velocidad y ritmo adecuados (p. ej., bajo peso y muchas repeticiones). Mantener en un nivel bajo los ejercicios de resistencia y evitar los ejercicios isométricos.
- Determinar la frecuencia cardíaca de entrenamiento y evaluar la frecuencia cardíaca durante el ejercicio para asegurarse de que permanezca dentro de un intervalo seguro.
- Determinar una frecuencia cardíaca de entrenamiento ajustada a la edad; restar a 220 la edad de la persona y multiplicar la respuesta por 70% (Heyward, 1998). De este modo se calcula la frecuencia máxima que generará beneficios vasculares y de otros tipos sin efectos perjudiciales. La frecuencia cardíaca en reposo puede servir como el nivel inferior y la frecuencia cardíaca en entrenamiento como el nivel superior de un intervalo de frecuencia cardíaca segura durante el ejercicio.
- Vigilar el pulso durante el ejercicio y reducir la intensidad y la duración del ejercicio si la frecuencia cardíaca está a más de 10 latidos por encima de la frecuencia cardíaca objetivo.
- Consultar al médico acerca de la idoneidad del programa de ejercicio para personas con frecuencia cardíaca en reposo que excede los 100 latidos por minuto.
- Recomendar al mayor que use zapatos de ajuste adecuado con amortiguación de impacto y suelas de tracción.
- Alentar los ejercicios de calentamiento (p. ej., estiramientos y flexiones suaves) durante un mínimo de 10 min antes de que la persona inicie el programa de ejercicio.
- Permitir un período de enfriamiento después de los ejercicios.
- Comenzar con un programa de ejercicio conservador y aumentar la actividad de manera gradual. Vigilar los signos vitales y en busca de síntomas a diversos niveles de actividad. Tomar nota de arritmias, cambios significativos en la presión arterial, disnea, falta de aliento, fatiga, angina y claudicación intermitente.

La adhesión a los programas de ejercicios es mejor si éstos concuerdan con los intereses y las necesidades del individuo. A algunas personas les desagradan los deportes organizados pero disfrutan del baile, así que ayudarlas a encontrar grupos de la iglesia o la comunidad que se reúnan con regularidad para bailar puede ser más útil para promover el ejercicio que describir todos los beneficios de unirse a un equipo de tenis o bolos. De modo similar, las personas que tal vez no puedan o no deseen ejercitarse en un gimnasio quizás estén dispuestas a levantar pesas o saltar en un mini-trampolín en su casa. Debe considerarse una gama de opciones, como caminar a paso rápido, nadar, practicar yoga, hacer ejercicios aeróbicos. Además, las personas pueden aprovechar las oportunidades de incrementar su actividad física durante las rutinas diarias; por ejemplo, usar las escaleras en vez del ascensor, aparcar más lejos del destino para caminar más, pasear al perro por una ruta más larga y realizar trabajo en el jardín y la limpieza doméstica (fig. 24-2).

FIGURA 24-2 ■ Pasear al perro es una oportunidad para incorporar la actividad física en la rutina diaria de la persona mayor.

Es recomendable distribuir los ejercicios a lo largo del día y evitar la fatiga al efectuarlos debido a la posible aparición de dolor y calambres musculares. Los ejercicios de estiramiento por la mañana aflojan las articulaciones y los músculos rígidos, lo que fomenta la actividad, mientras que los ejercicios a la hora de dormir promueven la relajación y favorecen el sueño. Si una persona mayor no está acostumbrada a mucha actividad física, debe comenzar los ejercicios de manera gradual e incrementarlos conforme al progreso individual. En los mayores, es normal que aparezca algo de taquicardia durante los ejercicios y que continúe por varias horas después. Deben permitirse períodos más largos para que la persona mayor realice ejercicios y la actividad debe ir seguida de etapas de reposo. Agua y paños tibios o toallas enrolladas alrededor de las articulaciones suelen facilitar el movimiento articular y, por tanto, la práctica de ejercicio.

Los huesos más delgados, débiles y quebradizos de las personas mayores incrementan el riesgo de fracturas. Para prevenir traumatismos, deben evitarse los ejercicios que imponen esfuerzo en una articulación inmovilizada, los deportes enérgicos y los ejercicios que impliquen correr y saltar. Los mayores con problemas cardíacos o respiratorios tienen que buscar orientación de su médico acerca de la cantidad y el tipo de ejercicio más adecuados para sus capacidades y limitaciones específicas.

Cada vez más personas mayores realizan ejercicios que alguna vez estuvieron relacionados con el campo de las terapias complementarias y alternativas. Tai chi y yoga son ejemplos de tales prácticas. Al parecer estas prácticas tienen muchos usos benéficos entre los individuos mayores. Después de que se publicó el primer estudio

importante que demostraba que los ejercicios de t'ai chi ayudan a reducir en 25% las caídas en personas mayores (Province y cols., 1995), otros han demostrado que además de mejorar flexibilidad y equilibrio, el tai chi es beneficioso para promover un estado de ánimo positivo en los mayores (Adler y Roberts, 2006; Greenspan, Wolf, Kelly y O'Grady, 2007). (*v.* en Recursos al final de este capítulo sitios web que proporcionan más información sobre yoga y tai chi.)

Algunos individuos mayores no pueden participar en programas de ejercicios formales. Para ellos tal vez sea conveniente integrar ejercicios menos enérgicos en las actividades de la vida diaria y promover una actividad máxima durante los cuidados de rutina. Por ejemplo:

- Sugerir que el paciente haga círculos con el pie, la pierna, el hombro y el brazo mientras ve la televisión.
- Indicar al paciente que haga ejercicicos de respiración profunda y de las extremidades en el período entre el despertar y el momento de levantarse de la cama.
- Alentar al paciente a que lave los platos o unas pocas prendas ligeras a mano para ejercitar los dedos con el beneficio del agua tibia.
- Al saludar a un paciente en la estancia, pedirle que levante ambos brazos tanto como pueda y los haga oscilar.
- Al darle un fármaco al paciente, solicitarle que flexione cada extremidad varias veces.
- Durante el baño, indicar al paciente que flexione y extienda todas las partes corporales.

CONCEPTO CLAVE

Las personas que no pueden participar en un programa de ejercicio intenso pueden estirarse y exagerar los movimientos durante las actividades de rutina para promover la movilidad articular y la circulación.

En la figura 24-3 se ilustran varios ejercicios que es posible incorporar con facilidad en las actividades diarias de las personas mayores.

A veces, los adultos mayores necesitan asistencia parcial o completa con los ejercicios. La enfermera u otros cuidadores encontrarán útil recordar los siguientes puntos:

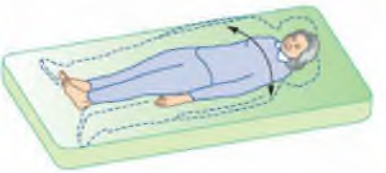
- Ejercitar todas las articulaciones del cuerpo en la totalidad de su rango de movimiento normal al menos tres veces al día.
- Apoyar la articulación y la extremidad distal durante el ejercicio.
- No forzar la articulación más allá del punto de resistencia.

En el capítulo 35 se revisan los ejercicios de rango de movimiento y algunos de los dispositivos auxiliares que pueden ser de utilidad para favorecer la actividad de los mayores.

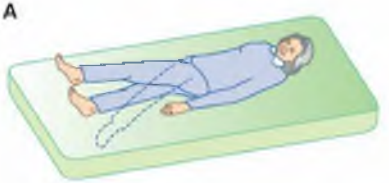
Conexión cuerpo-mente

Los estados cognitivos y emocionales pueden influir en la actividad física. Los inividuos deprimidos suelen estar poco motivados para realizar ejercicio o carecen de la energía necesaria para la actividad física. Las personas con enfermedad de Alzheimer y otros deterioros cognitivos a menudo carecen de la memoria, el juicio o la coordinación necesarios para hacer ejercicio de manera segura. Sin embargo, los estados de inactividad causan los efectos perjudiciales de la inmovilidad (p. ej., circulación deficiente, fatiga y menor liberación de endorfinas) que pueden afectar la mente. Por lo tanto, promover la actividad física con frecuencia tiene efectos positivos en el estado de ánimo y la cognición. Las enfermeras pueden ayudar a los pacientes con trastornos del estado de ánimo o cognitivos a desarrollar y poner en marcha un programa de ejercicio apropiado para sus capacidades y necesidades. Las actividades deben planearse conforme a los intereses específicos del individuo y podrían incluir artes, manualidades, viajes, clases, jardinería, reparación de autos, baile, escuchar música, observar a las personas o formar colecciones. Con frecuencia las mascotas son una fuente de interés, actividad y compañía para los mayores. La senectud también puede ser un buen momento para iniciar aficiones e intereses.

Ejercicios para hacer en la cama



A



B

C

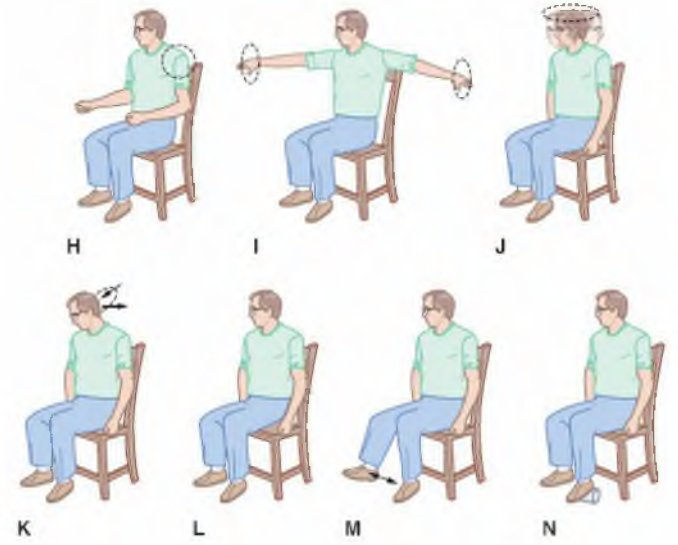
D

E

F

G

Ejercicios para hacer sentado



Ejercicios para hacer en cualquier momento

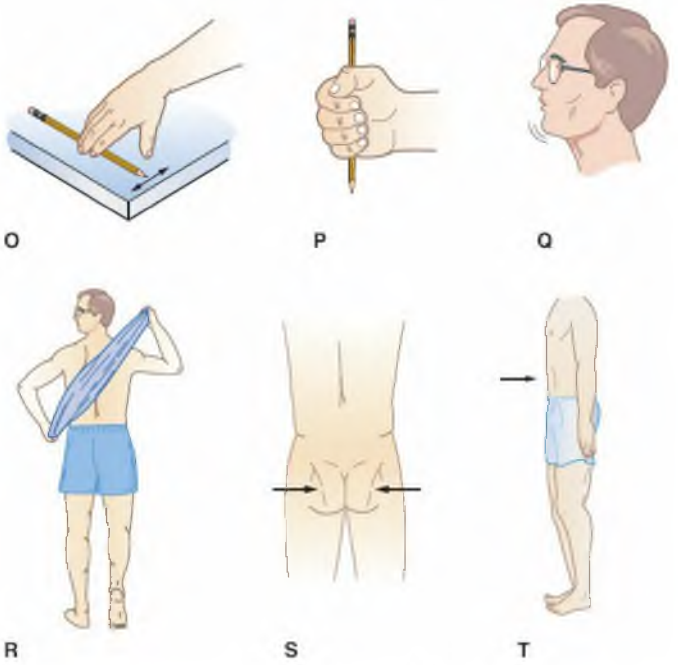


FIGURA 24-3 ■ Ejercicios para hacer en la cama: (**A**) Flexionar la rodilla sujetándose el pie con la mano opuesta como ayuda. (**B**) Girar lateralmente. (**C**) Cruzar las piernas a manera de tijeras. (**D**) Levantar el tórax. (**E**) Flexionar las rodillas mientras se yace boca abajo. (**F**) Hacer movimientos de andar en bicicleta. (**G**) Levantar una almohada por encima de la cabeza con los brazos rectos. Ejercicios para hacer sentado: (**H**) Hacer círculos con la articulación del hombro manteniendo el brazo a un lado. (**I**) Hacer círculos con los brazos. (**J**) Hacer círculos con la cabeza. (**K**) Flexionar y extender el cuello. (**L**) Intentar levantarse de la silla usando los brazos. (**M**) Desplazar lateralmente los pies. (**N**) Hacer rodar una lata con el pie.

Todos los ejercicios pueden integrarse a las actividades habituales. **Ejercicios para hacer en cualquier momento:** (**O**) Hacer rodar un lápiz sobre una superficie dura. (**P**) Flexionar los dedos alrededor de un lápiz. (**Q**) Exagerar los movimientos de masticación. (**R**) Frotarse la espalda con una toalla extendida. (**S**) Tensar los músculos rectoperineales. (**T**) Aplanar el estómago para tensar los músculos abdominales.

CONCEPTO CLAVE

Estimular la mente de un individuo es tan vital para su bienestar físico como la actividad física. De modo similar, la actividad física puede mejorar el estado de ánimo y la cognición.

La recreación terapéutica es el ocio estructurado con un objetivo específico, por ejemplo, trabajar con arcilla para ejercitar los dedos, pintar para expresar sentimientos y tomar clases de cocina para restablecer o mantener roles. Los especialistas en terapia de recreación, música, arte o baile pueden proporcionar una valiosa ayuda para hacer concordar las actividades con las necesidades, los intereses y las capacidades específicos de las personas mayores.

En cualquier actividad, se requieren tiempo y paciencia suficientes. La conducción más lenta de los impulsos a través del sistema nervioso, los déficits sensitivos y la vasta reserva de información que se activa y clasifica en respuesta a los estímulos psicológicos son sólo algunos de los factores que impiden reacciones rápidas en las personas mayores.

Prevención de la inactividad

Como se enumeran en el recuadro 24-3, los efectos adversos de la inactividad sobre la condición física («desacondicionamiento») son significativos en los mayores y exageran los efectos de la sarcopenia relacionados con la edad. A cualquier edad, mantenerse en estado activo puede ser un desafío. Para los individuos mayores, los cambios relacionados con la edad en fuerza y resistencia musculares, la disminución de las oportunidades para la actividad y la fatiga, el dolor, el mareo, la disnea y otros síntomas relacionados con problemas de salud que prevalecen en etapas avanzadas de la vida pueden reducir aún más los niveles de actividad.

CONCEPTO CLAVE

La inactividad puede dar como resultado desacondicionamiento, el cual complica los efectos de la sarcopenia.

Debido a que estos obstáculos reales se interponen en la capacidad para ser activo

en etapas ulteriores de la vida, el esfuerzo que los adultos mayores y quienes los atienden deben realizar es mayor a fin de compensar este problema. Una medida crucial es educar al público, en especial a los cuidadores, acerca de la importancia de que las personas mayores realicen actividad física (p. ej., porque reduce la presión arterial, mantiene la fuerza muscular, previene las caídas, ayuda a la circulación linfática, fomenta la agudeza mental, mejora el estado de ánimo y favorece la digestión y eliminación). A veces las familias creen que ayudan a sus familiares mayores al hacer las cosas por ellos y permitirles ser sedentarios. Con frecuencia, el que la persona colabore en las responsabilidades domésticas no sólo favorece un buen funcionamiento de los aparatos y sistemas sino que promueve un sentido de valía al darle la oportunidad de ser productivo. Aunque la actividad física suele ser más incómoda o demandante que la inactividad, su práctica regular evita problemas de salud y discapacidad futuros.

RECUADRO 24-3 Efectos perjudiciales de la inactividad

- *Cambios en el funcionamiento fisiológico.*
  - Reducción de la frecuencia del pulso.
  - Aumento de la carga de trabajo cardíaca.
  - Descenso de la capacidad aeróbica.
  - Disminución de la expansión torácica y la ventilación.
  - Reducción de la fuerza, tono y resistencia musculares
  - Desmineralización ósea, mayor facilidad de fracturas.
  - Menor motilidad gastrointestinal.
  - Lentitud del metabolismo y la circulación linfática.
- *Aumento del riesgo de complicaciones.*
  - Hipotensión postural.
  - Neumonía hipostásica.
  - Úlceras por presión.
  - Escaso apetito.
  - Obesidad.
  - Estreñimiento.
  - Retención de heces.
  - Incontinencia.
  - Cálculos renales.
  - Infección de vías urinarias.
  - Rigidez articular, rango de movimiento limitada.
- *Cambios en el estado de ánimo y el autoconcepto.*
  - Aumento de los sentimientos de desesperanza, depresión.
  - Percepción de sí mismo como incapaz, frágil.
- *Incremento de la dependencia.*
- *Menos oportunidades para la socialización.*

La creatividad para sugerir pasatiempos que estimulen el movimiento puede ser clave para incrementar las oportunidades de mantenerse activo. Por ejemplo, es posible que alentar la afiliación a un club de personas mayores motive muchos tipos de actividades porque el individuo tendrá una razón para realizar las siguientes tareas,

entre otras:

- Levantarse de la cama.
- Preparar el desayuno y comerlo.
- Bañarse.
- Vestirse.
- Peinarse.
- Desplazarse hasta el club.
- Moverse en un ambiente nuevo.
- Interactuar con otros.
- Participar en actividades.
- Desplazarse hasta su casa.
- Desvestirse.

Quienes atienden a personas mayores pueden fomentar la motivación demonstrando un genuino interés por sus actividades, por ejemplo, preguntar qué hizo durante el día, admirar las manualidades que confeccionó o escuchar los detalles de un paseo o una visita. Reconocer los esfuerzos en el trabajo doméstico, usar los regalos hechos a mano y comentar sobre el esmerado arreglo son maneras sencillas pero significativas de reforzar los esfuerzos de la persona mayor por permanecer activa.

Las enfermeras pueden informar a los mayores acerca de recursos locales que promueven la actividad, como centros para personas mayores, clases para ejercitarse, programas educativos y recreativos en escuelas o cole-gios locales, oportunidades de realizar voluntariado y clu bes locales. Además, pueden promover actividades haciendo arreglos para el desplazamiento hacia y desde los sitios donde aquellas se realizan. Para las personas mayores que no salen de casa se cuenta con servicios especiales de bibliotecas, asociaciones para la visión, organizaciones para convivir con mascotas, como animales domésticos sobre ruedas, organizaciones de servicio social, comunidades de fe y otras agencias que ofrecen recursos y compañía que promueven la actividad. En la lista de Recursos al final del capítulo se presentan agencias que abordan necesidades específicas.

Las capacidades y necesidades únicas de un adulto mayor, así como sus intereses, dictarán las actividades apropiadas para él. Indagar sobre los intereses, preferencias y habilidades ayudará a la enfermera a identificar actividades que resultarán familiares y agradables. Estereotipar a los mayores suponiendo que todos disfrutan exactamente las mismas actividades viola el principio subyacente a la atención individualizada y limita de manera drástica las oportunidades disponibles para las personas mayores. Si se supone que es normal que los individuos de este grupo de población sean inactivos, poco interesados por el ejercicio e incapaces de realizar actividad física y se les trata como si ello fuera cierto, entonces lo más probable es que satisfagan esas expectativas. Sin embargo, si se espera de ellos que se mantengan activos e interesados en el mundo que los rodea, tendrán mayores probabilidades de seguir siendo capaces e independientes, y de conservar su funcionamiento físico y mental.

En el Diagnóstico enfermero: deterioro de la movilidad física, se describen más

intervenciones para promover la movilidad. Las enfermeras gerontológicas pueden hacer una diferencia al identificar a pacientes con alto riesgo de problemas del aparato locomotor, realizar intervenciones para prevenirlos y ejecutar un programa de adaptación para personas con desacondicionamiento crónico.

CASO A CONSIDERAR

Desde que se retiró de su trabajo como repartidor hace seis años, el Sr. E., de 74 años de edad, se ha vuelto cada vez más inactivo. Su esposa, que tiene la misma edad y es considerablemente más activa, lo provoca para que se ejercite más, pero el Sr., E. responde que trabajó duro toda su vida y ahora que está retirado merece «relajarse y tomarse las cosas con calma». Las articulaciones cada vez más rígidas y la capacidad respiratoria cada vez más reducida del Sr. E., le dificultan para caminar más de una calle y subir escaleras. Con frecuencia se queda dormido y tiene pocos intereses además de ver la televisión. A su esposa le entristece que no participen en actividades juntos.

PENSAMIENTO CRÍTICO

- ¿Qué puede hacerse para inducir un cambio en el comportamiento del Sr. E.?
- ¿Cómo se podría ayudar tanto al Sr. como a la Sra E.?

RAZONAMIENTO DEL DIAGNÓSTICO ENFERMERO

DETERIORO DE LA MOVILIDAD FÍSICA

Generalidades

El deterioro de la movilidad física es un estado en el cual el movimiento que se realiza es limitado. Se observa algún grado de limitación de la movilidad, que va desde la necesidad de usar un equipo especial para el movimiento hasta la dependencia total. Otros signos relacionados con este diagnóstico podrían ser disminución de la fuerza o el control musculares, restricción de rango de movimiento, pérdida de coordinación, trastorno de la marcha, disminución del nivel de consciencia, dolor, parálisis y restricciones impuestas al movimiento.

Factores causales o contribuyentes

Artritis, desnutrición, enfermedad neuromuscular, déficits sensitivos, edema, falta de extremidad, enfermedad cardiovascular, enfermedad pulmonar, obesidad, efectos secundarios de medicaciones, alteración del estado de ánimo y cognición.

Objetivos

El paciente incrementará su movilidad a un nivel óptimo. El paciente estará libre de complicaciones relacionadas con deterioro de la movilidad.

Intervenciones

- Valorar fuerza y tono musculares, rango de movimiento activo y pasivo, y estado mental.
- Revisar los antecedentes en busca de trastornos que pueden limitar la movilidad o que requieran modificar el nivel de la misma. Consultar con el médico acerca de restricciones a la movilidad y otras modificaciones necesarias de los ejercicios.
- Diseñar un plan de ejercicio individualizado, que podría incluir ejercicios de rango de movimiento pasivos o activos, clases de ejercicio estructuradas y programas de caminata (recuadro 24-2).
- Ayudar al paciente a mantener una buena alineación corporal y a cambiar de posición cada hora.
- Promover un buen estado nutricional. Consultar con el nutricionista según se requiera.
- Si es necesario, remitir para que se prescriban bastones, andadores, sillas de ruedas, aparatos ortopédicos, dispositivos de tracción u otros accesorios para la movilidad. Dar educación en materia de salud según se requiera.
- Colaborar con el fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, terapeuta recreacional y otros miembros del equipo de salud para diseñar un programa que incremente la movilidad del paciente.

- Alentar a la familia y a los allegados para que contribuyan a los esfuerzos por incrementar la movilidad del paciente.
- Proveer actividades recreativas según los intereses del paciente y su nivel de funcionamiento.
- Observar en busca de complicaciones relacionadas con inmovilidad y buscar su pronta corrección. Instruir al paciente para que reconozca complicaciones.

Nutrición

Por último, aunque es posible que se pase por alto, la nutrición adecuada es un factor importante para prevenir y manejar problemas del aparato locomotor. Una dieta bien balanceada rica en proteínas y minerales ayudará a mantener la estructura de huesos y músculos. Debe incluirse un mínimo de 1 500 mg de calcio en la ingesta diaria de varones y mujeres mayores que no reciben estrógeno (1 000 mg para mujeres que lo reciben). En la tabla 24-2 se detallan fuentes adecuadas de calcio. Si la ingesta diaria de calcio no cubre las necesidades, deben tomarse complementos para compensar la deficiencia (es decir, si una persona que debería consumir 1 500 mg/día sólo obtiene un promedio de 1 000 mg de su dieta, es apropiado un complemento de 500 mg).

TABLA 24-2 Fuentes adecuadas de calcio

Fuente	Porción	Calcio (mg)
Yogur natural bajo en grasa	1 taza	250–400
Sardinas	½ taza	375
Jugo de fruta, enriquecido con calcio	1 vaso	300
Leche descremada	1 taza	302
Suero de mantequilla	1 taza	300
Cereal de maíz cocido, enriquecido, instantáneo	1 taza	200
Queso suizo	1 onza	272
Helado	1 taza	175
Requesón bajo en grasa (2%)	1 taza	155
Rabos de nabo	½ taza	150
Tofu	½ taza	150
Brocoli	1 taza	136

Además de la calidad de la alimentación, también es importante la cantidad. La obesidad deforma las articulaciones, lo cual agrava otros trastornos como la artritis. Con frecuencia, la reducción de peso aminora las molestias del aparato locomotor y reduce las limitaciones, y debe promoverse como una práctica de salud consecuente en personas de todas las edades.

TRASTORNOS SELECCIONADOS DEL APARATO LOCOMOTOR

Es raro el adulto mayor que no experimenta algún grado de malestar, discapacidad o

deformidad por trastornos del aparato locomotor. De hecho, estos trastornos son la principal causa de deterioro funcional en personas mayores. Dado que actividad y movilidad son vitales para la salud general de esta población, los problemas del aparato locomotor que limitan la capacidad funcional pueden tener efectos devastadores (tabla Diagnóstico enfermero 24-3). La valoración de problemas del aparato locomotor debe considerar no sólo la presencia de estos trastornos sino también su efecto en el funcionamiento del mayor (Guía de valoración 24-1). La prevención de estos problemas y la intervención enérgica para minimizar su impacto han de ser partes integrantes del cuidado enfermero.

Fracturas

Los traumatismos, las metástasis óseas, la osteoporosis y otras enfermedades del esqueleto contribuyen a las fracturas en adultos mayores. El cuello del fémur es una zona común de fracturas en personas mayores, en especial mujeres, y casi todas estas fracturas son resultado de caídas. La fractura de Colles (rotura de la parte distal del radio) es una de las más frecuentes de la extremidad superior y a menudo ocurre cuando se intenta detener una caída con la mano extendida. Los mayores también están en riesgo de fracturas por compresión de las vértebras, que se deben a caídas o levantamiento de objetos pesados. Los huesos de las personas mayores, que son más quebradizos, no sólo se fracturan con más facilidad sino que se recuperan más lentamente que en individuos más jóvenes, lo cual las predispone a muchas complicaciones relacionadas con inmovilidad.

Al conocer el alto riesgo de fracturas y sus múltiples complicaciones en las personas mayores, la enfermera gerontológica debe procurar su prevención, apelando a la eficacia de medidas básicas y de sentido común. Debe recomendarse a los adultos mayores que eviten actividades peligrosas (p. ej., usar escaleras o sillas para acceder a sitios altos) teniendo en cuenta que su coordinación y equilibrio son más deficientes. Para prevenir el mareo y las caídas por hipotensión postural, los mayores deben incorporarse con lentitud después de haber estado agachados o sentados. Los zapatos firmes de ajuste correcto con tacón amplio y bajo previenen traspiés y pérdida de equilibrio, y los pasamanos en escaleras o bañera dan soporte y equilibrio. Colocar ambos pies cerca del borde de la acera o del escalón de un autobús antes de bajar es más seguro que un paso de longitud normal mal equilibrado (fig. 24-4). Las personas mayores deben tener cuidado cuando caminan para no caer en baches o aceras dañadas o resbalar en hielo u objetos en el suelo. Los ojos añosos son más sensibles al resplandor, por lo cual las gafas oscuras suelen ser de utilidad para mejorar la visión en exteriores. Las fuentes de luz nocturna son en extremo valiosas para prevenir caídas durante las idas al baño por la noche. En el capítulo 17 se discuten otras medidas para prevenir caídas.

DIAGNÓSTICO ENFERMERO

TABLA 24-3 Diagnósticos enfermeros relacionados con problemas del aparato locomotor

Causas o factores contribuyentes	Diagnóstico enfermero
Fatiga, dolor, deformidad musculares	Intolerancia a la actividad
Dolor, temor de lesionarse	Ansiedad
Inactividad o inmovilidad por dolor o discapacidad	Estreñimiento
Fractura, contractura, espasmos, artritis	Dolor (agudo, crónico)
Cambio o pérdida de funcionamiento o aspecto	Temor
Artritis, contractura, dolor, trastorno del rango de movimiento	Deterioro del mantenimiento del hogar
Marcha inestable, dolor, uso incorrecto de calor	Riesgo de lesión
Espasmos, atrofia, dolor, deformidad	Deterioro de la movilidad física
Deterioro de la capacidad para procurarse autocuidado	Impotencia
Inmovilidad, dolor, deformidad	Déficit de autocuidado
Cambio en estructura o funcionamiento corporales, dolor, inmovilidad, mayor dependencia	Trastorno de la imagen corporal
Dolor, fatiga, dificultades para la postura, alteración de la imagen corporal	Disfunción sexual
Dolor, espasmos, calambres	Trastorno del patrón de sueño
Cambio en estructura o funcionamiento corporales, alteración del autoconcepto, dolor	Deterioro de la interacción social
Inmovilidad, dolor, desfiguración	Aislamiento social

GUÍA DE VALORACIÓN 24-1
FUNCIONAMIENTO DEL APARATO LOCOMOTOR

OBSERVACIÓN GENERAL

La valoración del aparato locomotor puede comenzar incluso antes de la exploración formal mediante la observación de las acciones del paciente, como actividades de traslado, ambulación y uso de las manos. Se hacen observaciones acerca de lo siguiente:

- Marcha anómala (tabla 24-4).
- Anomalía estructural.
- Disfunción de una extremidad.
- Preferencia por un lado.
- Temblor.
- Parálisis.
- Debilidad.
- Atrofia de una extremidad.
- Enrojecimiento, tumefacción de una articulación.
- Uso de bastón, andador, silla de ruedas.

ENTREVISTA

Aunque podría parecer pesado, es mejor avanzar de la cabeza a los pies e interrogar al paciente acerca de limitación funcional o molestia en partes específicas del cuerpo. Algunas posibles preguntas son:

- «¿Alguna vez se le pone rígida la mandíbula o le duele al masticar?»
- «¿Se le pone rígido el cuello?»
- «¿Alguna vez se le tensa el hombro?»

- «¿Siente dolor o dolorimiento de las costillas?»
- «¿Le duelen las caderas después de caminar un trecho?»
- «¿Tiene las articulaciones rígidas por las mañanas?»
- «¿Tiene dolor o rigidez en la espalda?»
- «¿Tiene calambres musculares?»
- «¿Cuánto puede caminar?»
- «¿Puede usted atender su casa, entrar y salir de la bañera, y subir escaleras?»

También se indaga de manera específica sobre el modo en que el paciente maneja su dolor osteomuscular, en particular en lo que se refiere a uso de analgésicos, calor y preparados tópicos.

EXPLORACIÓN FÍSICA

Se examina el rango de movimiento activo y pasivo de todas las articulaciones. Se toma nota del grado de movimiento con y sin ayuda. Entre las zonas específicas que deben revisarse están:

- *Hombro.* El paciente debe ser capaz de levantar ambos brazos rectos por encima de la cabeza. Con los brazos rectos a los lados, el paciente debe ser capaz de levantarlos lateralmente hacia arriba (es decir, a 180° con las manos en supinación y a 110° con las manos en pronación). El paciente debe ser capaz de extender los brazos 30° atrás del cuerpo desde los lados.
- *Cuello.* El paciente debe ser capaz de volver la cabeza lateralmente y flexionarla y extenderla unos 30° en todas direcciones.
- *Codo.* El paciente debe ser capaz de extender los brazos por completo y flexionar la articulación lo suficiente para permitir que la mano toque el hombro.
- *Muñeca.* El paciente debe ser capaz de flexionar la muñeca 80° en el sentido palmar y 70° en el sentido dorsal. Con un movimiento de ondear la mano, el paciente debe ser capaz de doblar la muñeca lateral-mente 10° hacia el lado radial o del pulgar y 60° en el sentido del lado cubital. El paciente debe ser capaz de mover la mano a 90° en las posiciones de pronación y supinación.
- *Dedo.* El paciente debe ser capaz de doblar la articulación distal del dedo unos 45° y la articulación proximal 90°. Debe ser posible la hiperextensión de 30°.
- *Cadera.* Mientras está acostado, el paciente debe ser capaz de colocar la pierna en abducción y aducción 45°. Con el paciente acostado de espalda, la pierna debe ser capaz de elevarse a 90° con la rodilla recta y a 125° con la rodilla flexionada.
- *Rodilla.* Mientras está acostado boca abajo, el paciente debe ser capaz de flexionar la rodilla unos 100°.
- *Tobillo.* El paciente debe ser capaz de dirigir los dedos de los pies 10° hacia la cabeza y 40° hacia la pata de la cama o la mesa de exploración. Debe haber una inversión de 35° y una eversión de 25°.
- *Dedos de los pies.* El paciente debe ser capaz de flexionar e hiperextender los dedos unos 30°. Se toma nota del rango de movimiento activo y pasivo, así como de cualquier debilidad, tirantez, espasmo, temblor o contractura que sean evidentes.

Puede anticiparse alguna debilidad muscular, aunque el grado exacto variará entre los individuos. La extremidad superior suele tener más fuerza en el lado de la mano dominante; la fuerza debe ser igual en las extremidades inferiores. Para probar la fuerza muscular, se hace que el paciente mantenga el músculo en su posición más corta y se aplica fuerza para hacer que el músculo se extienda. Normalmente, un músculo será capaz de mantener su posición flexionada bajo resistencia moderada. Se palpan todos los músculos en busca de sensibilidad, contracturas y masas.

TABLA 24-4 Trastornos de la marcha

Patrón de la marcha	Trastorno relacionado
Atáxica	
Inestable, descoordinada; los pies se elevan mucho al dar el paso y luego descienden planos al suelo	Enfermedad cerebelosa Intoxicación
De steppage	
De base amplia; los pies se elevan mucho al dar el paso y luego golpean el suelo; no hay vacilación ni oscilación y peroneo	Enfermedad de motoneurona inferior Parálisis de músculos pretibial
Hemipléjica	
Caída y arrastre unilaterales del pie y circunducción de la pierna; el brazo se flexiona y se mantiene al lado	Enfermedad unilateral de motoneurona superior
Parkinsoniana	
El tronco se inclina al frente; ligera flexión de cadera y rodillas, sin oscilación de los brazos al caminar; pasos cortos y arrastrados, comienza con lentitud y luego se acelera	Parkinsonismo
En tijeras	
Pasos lentos y cortos; las piernas se cruzan al caminar	Paraplejía espástica Demencia Parálisis cerebral
Espástica	
Marcha descoordinada a saltos; piernas rígidas; se arrastran los dedos	Paraplejía espástica Tumor de médula espinal Esclerosis múltiple

FIGURA 24-4 ■ **A.** El método correcto para subir o bajar de la acera es colocar ambos pies cerca del borde antes de subir o bajar. **B.** El método incorrecto consiste en subir o bajar con un paso largo.

Debido a la alta prevalencia y facilidad de fracturas en los mayores, debe sospecharse una fractura siempre que una persona mayor caiga o sus huesos experimenten un traumatismo. Los síntomas incluyen dolor, cambio de forma o longitud de una extremidad, movimiento anómalo o restringido de ésta, edema, espasmo de tejido circundante, cambio de color del tejido y proyección de un hueso a través del tejido. La ausencia de estos síntomas no descarta la posibilidad de una fractura. Es posible que no haya signos y síntomas manifiestos; además, la posición de la fractura puede impedir apreciarla en la radiografía inicial. Durante el transporte del paciente para su evaluación, es esencial inmovilizar el sitio lesionado y controlar la hemorragia.

CONCEPTO CLAVE

La ausencia de signos típicos de fractura no garantiza que no se haya roto un hueso; por tanto, es esencial la observación precisa de la enfermera siempre que un hueso ha sufrido un traumatismo.

Las fracturas sanan con mayor lentitud en los adultos mayores y en ellos el riesgo de complicaciones es más alto. Entre las complicaciones que la atención enfermera

puede ayudar a prevenir se destacan: neumonía, formación de trombos, úlceras por presión, cálculos renales, retención fecal y contracturas. Debe promoverse la actividad dentro de los límites determinados por el médico, incluidos los ejercicios de respirar profundamente y toser, ejercicios isométricos y de rango de movimiento, así como mover al paciente y cambiarlo de posición con frecuencia. Debe estimularse la ingesta de líquidos y tomar nota de las características de la orina. La nutrición adecuada facilita la curación, incrementa la resistencia a la infección y reduce la posibilidad de otras complicaciones. El ejercicio de las articulaciones y la posición correcta ayudan a prevenir contracturas. Es posible mantener la alineación corporal correcta con el uso de tarimas para los pies, rollos trocantéricos y sacos de arena. Conservar la piel seca y limpia, prevenir la presión, estimular la circulación con masaje y girar al paciente con frecuencia ayuda a reducir el riesgo de úlceras de decúbito. Mullipiel, camas de agua y colchones de presión alternante son medidas favorables pero no sustituyen el cuidado adecuado de la piel y los cambios frecuentes de posición.

El paciente debe ser movilizado tan pronto como sea posible. Es posible que tenga miedo de usar la extremidad fracturada y evite hacerlo, por lo que se requieren ex plicaciones y seguridades para ayudarlo a comprender que no existen riesgos en utilizar la extremidad una vez que ha sanado. Caminar en pasos pequeños suele ser más fácil de tolerar física y psicológicamente para el paciente; el primer intento de ambulación puede ser ponerse de pie al lado de la cama; el siguiente, caminar a una silla cercana; y luego, caminar hasta el baño. Al principio puede ser útil que dos personas ayuden al paciente con la ambulación, en especial porque es común que haya debilidad y mareo. Los principios del cuidado enfermero para tipos específicos de fracturas pueden consultarse en textos de enfermería medicoquirúrgica y se recomienda a la enfermera que explore en la bibliografía información más detallada.

Artrosis

La artrosis es el deterioro y la abrasión progresivos del cartílago articular, con la formación de hueso nuevo en las superficies articulares. Este problema se presenta cada vez más conforme la edad aumenta y en alguna medida afecta más a personas mayores de 55 años. Ocurre con mayor frecuencia en mujeres que en varones y es la principal causa de discapacidad física en mayores. A diferencia de la artritis reumatoide, la artrosis no causa inflamación, deformidad y discapacidad, un hecho que es tranquilizador para el individuo afectado que teme la grave discapacidad que a menudo se ve en personas con artritis reumatoide. Por muchos años se creyó que el desgaste y desgarro de las articulaciones conforme el individuo envejece eran la causa de la artrosis; sin embargo, nuevos indicios sobre la fisiopatología del trastorno permiten comprenderlo mejor. El desequilibrio entre elementos destructivos (enzimas metaloproteasa de la matriz) y sintéticos (inhibidores tisulares de la meta-loproteasa de la matriz) altera la homeostasis necesaria para mantener el cartílago, con el resultado de cambios articulares. Es posible que el uso excesivo de la articulación, un traumatismo, la obesidad, bajas concentraciones de vitaminas D y C y factores genéticos también predispongan al individuo a padecer este problema. Los pacientes con acromegalia tienen alta incidencia de artrosis. Por lo común, ésta afecta varias

articulaciones en vez de sólo una. Las que cargan peso son las más afectadas y los sitios más comunes son rodillas, caderas, vértebras y dedos de las manos.

CONCEPTO CLAVE

La artrosis es la causa principal de discapacidad física en personas mayores.

La artrosis no se acompaña de síntomas sistémicos. Puede observarse crepitación con el movimiento articular y es posible que se formen nódulos (nódulos de Heberden) en las articulaciones distales. Tal vez el paciente sienta mayores molestias articulares en clima húmedo y en períodos de uso prolongado. Aunque los ejercicios ligeros y los isométricos son beneficiosos, el ejercicio excesivo causará más dolor y degeneración.

Suelen prescribirse analgésicos para controlar el dolor. El paracetamol es el fármaco de elección porque es más seguro que los antiinflamatorios no esteroideos. Dado que la respuesta a los analgésicos varía, las enfermeras deben valorar la eficacia de diversos analgésicos para el paciente. Reposo, calor o frío, tai chi, acuaterapia, ultrasonido y masaje suave ayudan a aliviar las molestias articulares. Se ha demostrado que la acupuntura proporciona alivio de corto plazo. Férulas, aparatos ortopédicos y bastones dan apoyo y reposo a las articulaciones. Algunas investigaciones sugieren que la calcitonina oral podría ser eficaz para proteger a las mujeres posmenopáusicas contra el dolor continuo y la discapacidad final secundarios a la destrucción articular por la artrosis, y dicho fármaco brinda alguna esperanza (Sondergaard, Oestergaard, Christiansen, Tankó & Karsdal, 2007). La enfermera debe hacer hincapié en la importancia de mantener una alineación corporal adecuada y usar la mecánica corporal correcta cuando eduque al paciente. Los pescados de agua fría y otros alimentos ricos en ácidos grasos esenciales tienen efectos antiinflamatorios y deben abundar en la alimentación. Las vitaminas A, B, B6, C y E, y el zinc, el selenio, la niacinamida, el calcio y el magnesio están entre los complementos nutricionales que podrían ser útiles para controlar los síntomas. Los complementos de venta libre glucosamina y condroitina han sido útiles para algunas personas. La pérdida de peso suele mejorar el estado del paciente obeso y debe alentarse. Resulta favorecedor que un servicio de ayuda doméstica o alguna otra asistencia de este tipo liberen al paciente de actividades extenuantes que imponen peso a las articulaciones. Puede consultarse al terapeuta ocupacional y al fisioterapeuta acerca de dispositivos auxiliares que promuevan la independencia en las actividades de autocuidados. En el Plan de cuidados enfermeros 24-1 se presenta un plan de atención tipo para el paciente con artrosis.

Si otros tratamientos no mejoran el trastorno o la persona sufre limitación funcional grave o dolor inten so, tal vez esté indicada la artroplastia o reemplazo articular para restablecer el movimiento articular, mejorar el funcionamiento y reducir el dolor. Alguna vez se consideró que las personas mayores no eran buenos candidatos para la artroplastia; sin embargo, ese concepto ha cambiado y cada vez más personas mayores de 65 años se someten a reemplazos articulares. Los de cadera

y rodilla son los más comunes, aunque la artroplastia puede realizarse en cualquier articulación. No se recomienda para pacientes con articulaciones neurotróficas, infección articular, obesidad, demencia u otros trastornos que interferirían en su capacidad para cooperar en la rehabilitación. Padecimientos como vascu lopatía periférica y diabetes mellitus incrementan el riesgo de infección e interfieren en la cicatrización de heridas. Dado que a menudo hay dolor moderado a intenso en el posoperatorio, se administran analgésicos durante todo el día. Además de asegurar que el dolor se controle de manera adecuada para apoyar los esfuerzos de rehabilitación temprana, debe considerarse el alto riesgo de efectos adversos de los analgésicos que también pueden afectar la rehabilitación; es importante observar de cerca las reacciones de los pacientes. La artroplastia se vincula con un alto riesgo de trombosis venosa profunda y embolia pulmonar en pacientes mayores; puede usarse warfarina de manera profiláctica. Debe orientarse a los pacientes y sus cuidadores acerca de las precauciones relacionadas con la anticoagulación. Se les dan instrucciones específicas acerca de sus restricciones de ejercicio, soporte de peso y actividad. Las enfermeras deben corroborar que los pacientes y sus cuidadores comprendan las instrucciones y se adhieran al plan de cuidados para asegurar un resultado favorable de la cirugía.

PLAN DE CUIDADOS ENFERMEROS 24-1

EL ADULTO MAYOR CON ARTROSIS

Diagnóstico enfermero: dolor crónico relacionado con inflamación, rigidez y acumulación de líquido en las articulaciones.

Objetivo	Intervenciones enfermeras
El paciente expresa alivio o control del dolor, el dolor no restringe sus actividades de la vida diaria (AVD), está libre de efectos adversos de los analgésicos	■ Pedir al paciente que califique el dolor en una escala de 0 a 10 (0 = ausencia de dolor, 10 = el dolor más intenso); vigilar a diario ■ Revisar con el paciente los factores que precipitan, empeoran o alivian el dolor; incorporar esta información en los cuidados para prevenir y controlar el dolor ■ Aplicar calor según se ordene para aliviar el malestar y promover la movilidad. Alentar al paciente a usar medias, mantas y ropa adecuada a fin de mantener tibios los músculos y articulaciones ■ Administrar analgésicos según se ordene o instruir al paciente para que se los administre de manera adecuada. Vigilar eficacia, tolerancia y efectos secundarios ■ Ayudar al paciente a mantener una alineación corporal y una postura adecuadas ■ Valorar el impacto del dolor en la capacidad para cumplimentar las AVD. Consultar con el médico y los terapeutas ocupacionales acerca de ejercicios y dispositivos auxiliares que promuevan la independencia ■ Instruir al paciente sobre modos de minimizar el esfuerzo al que se someten articulaciones y músculos ■ Enseñar al paciente el uso de imaginación guiada, biorretroalimentación y relajación; ofrecer masajes y otras formas de contacto terapéutico

Diagnóstico enfermero: deterioro de la movilidad física relacionado con dolor y movimiento articular limitado.

Objetivo	Intervenciones enfermeras
El paciente mantiene o asume posturas funcionales de las articulaciones, mantiene o adquiere movilidad articular óptima, está libre de contracturas en flexión	■ Valorar el rango del movimiento articular al ingreso o en la primera visita y de manera regular después; tomar nota para cada articulación de tumefacción, calor, sensibilidad y anomalías estructurales o funcionales ■ Instruir o ayudar al paciente para que mantenga una correcta alineación corporal, postura adecuada y uso adecuado de las articulaciones ■ Recomendar al paciente que evite someter a esfuerzo excesivo las articulaciones (p. ej., al levantar objetos pesados, correr, golpear) ■ Programar la administración de analgésico y otras medidas de alivio del dolor antes de las actividades ■ Durante la exacerbación del dolor, dar reposo adecuado a las articulaciones y ayudar al paciente a colocarlas en alineación funcional ■ Consultar con especialistas en rehabilitación acerca del ejercicio apropiado para mejorar fuerza, tono y movilidad musculares, y el posible uso de dispositivos y accesorios de la movilidad (p. ej., bastones, andadores, utensilios para comer personalizados y auxiliares para vestirse) ■ Alentar o ayudar al paciente para que realice ejercicios de rango de movimiento al menos dos veces al día ■ Calentar músculos y articulaciones antes de actividades y ejercicios, y proporcionar un período de «enfriamiento» después

Diagnóstico enfermero: déficit de autocuidados de baño/vestido/alimentación/uso del inodoro relacionado con dolor o inmovilidad articular.

Objetivo	Intervenciones enfermeras
El paciente es capaz de comer, bañarse, vestirse, desplazarse, ambular y usar el inodoro de manera independiente; usa de forma apropiada y eficaz los dispositivos auxiliares	■ Valorar la capacidad del paciente para comer, bañarse, vestirse, trasladarse, ambular y usar el inodoro de manera independiente. Identificar déficits en la realización independiente de las AVD y planear medidas para compensar los déficits; identificar riesgos y déficits potenciales y planear medidas para prevenir la pérdida del funcionamiento independiente ■ Facilitar al paciente la máxima independencia y participación en actividades de cuidado ■ Educar al paciente sobre el manejo adecuado del trastorno y las medidas para reducir el riesgo de perder independencia (p. ej., ejercicio para mantener la movilidad y uso de dispositivos auxiliares) ■ Alentar al paciente a que exprese sus sentimientos acerca de la dependencia real o potencial y dar explicaciones realistas, y apoyo emocional

Diagnósticos enfermeros: (1) trastorno de la imagen corporal relacionado con anomalía articular, inmovilidad, alteración de la capacidad de autocidados; (2) trastorno de la autoestima vinculado con cambios en el aspecto y el funcionamiento corporales.

Objetivo	Intervenciones enfermeras
El paciente expresa aceptación del trastorno crónico y las circunstancias relacionadas, expresa sentimientos acerca de los cambios corporales, desarrolla mecanismos eficaces para afrontarlos, identifica maneras constructivas de funcionar con los cambios corporales, está libre de complicaciones relacionadas con los trastornos de la imagen corporal y la autoestima	■ Valorar el impacto de la alteración del funcionamiento y el aspecto del paciente ■ Alentar al paciente a expresar preocupaciones, temores y sentimientos ■ Ayudar al paciente a identificar medidas de afrontamiento eficaces (p. ej., medidas eficaces que se usaron para afrontar problemas en el pasado, orientación y desarrollo de nuevos intereses) ■ Ayudar al paciente a identificar capacidades en vez de limitaciones y concentrarse en ellas

Artritis reumatoide

La artritis reumatoide afecta a muchas personas, en particular entre los 20 y 40 años de edad; en consecuencia es una causa importante de discapacidad artrítica en una fase ulterior de la vida. Por fortuna, la incidencia disminuye después de los 65 años; la mayoría de los pacientes de edad avanzada con esta enfermedad la desarrolló en una etapa más temprana. De manera específica, las deformidades y la discapacidad relacionadas con el trastorno comienzan principalmente durante la edad adulta temprana y alcanzan un máximo en la madurez; en la edad avanzada ocurre mayor afección sistémica. Esta enfermedad es más frecuente en mujeres y personas con antecedente familiar del problema.

En la artritis reumatoide, la membrana sinovial se hipertrofia y edematiza, con proyecciones de tejido sinovial en la cavidad articular. Las articulaciones afectadas están en extremo dolorosas, rígidas, tumefactas, enrojecidas y calientes al tacto. El dolor articular se presenta durante el reposo y la actividad. Puede haber nódulos subcutáneos sobre prominencias óseas y bolsas, así como contracturas deformantes en flexión. Los síntomas sistémicos incluyen fatiga, malestar general, debilidad, pérdida de peso, adelgazamiento, fiebre y anemia.

Alentar a los pacientes a reposar y dar apoyo a las extremidades afectadas son medidas útiles. El apoyo a las extremidades debe ser tal que se prevengan úlceras por presión y contracturas. Suelen confeccionarse férulas para el paciente en un esfuerzo por prevenir deformidades. Los ejercicios de rango de movimiento son vitales para mantener el funcionamiento musculoesquelético; es posible que la enfermera tenga que ayudar al paciente con los ejercicios activos. Los fisioterapeutas y terapeutas ocupacionales pueden proporcionar dispositivos auxiliares para promover la independencia en las actividades de autocuidado; calor, masaje suave y analgésicos ayudan a controlar el dolor. Es posible que a los pacientes con artritis reumatoide se les prescriban antiinflamatorios (en particular prostaglandinas), corticoesteroides, antipalúdicos, sales de oro e inmunosupresores. La enfermera de be estar familiarizada con los muchos efectos tóxicos de estos fármacos y detectarlos en una fase temprana si se presentan.

Algunos pacientes con cardiopatía reumática son sensibles a las solanáceas: patatas, pimientos, berenjenas, tomates, etc.; eliminarlas de la alimentación podría ser favorable. Entre las plantas que tal vez mejoren los síntomas están cúrcuma,

gengibre, escutelaria y ginseng.

Los pacientes con artritis reumatoide y sus familias necesitan educación sustancial para ser capaces de manejar este trastorno. La educación del paciente debe incluir información sobre la enfermedad, tratamientos, administración de fármacos, identificación de efectos secundarios, regímenes de ejercicio, uso de dispositivos auxiliares, métodos para evitar y reducir el dolor, y comprensión de la necesidad de supervisión médica continuada. Aceptar esta enfermedad crónica no es tarea fácil para el paciente ni para la familia. Por último, el paciente puede ser el blanco de comerciantes que ofrecen cura o alivio rápidos para la artritis y debe recomendársele que consulte a una enfermera o un médico antes de invertir mucho dinero en falsas promesas.

Osteoporosis

La osteoporosis es la enfermedad metabólica ósea con mayor prevalencia; afecta en mayor medida a adultos maduros a ancianos y algunos grupos están en mayor riesgo que otros (recuadro 24-4). Aparece desmineralización ósea, evidenciada por disminución de la masa y la densidad del esqueleto. Cualquier problema de salud relacionado con ingesta insuficiente, pérdida excesiva o absorción deficiente de calcio puede causar osteoporosis. Muchas de las siguientes causas potenciales son problemas frecuentes en personas mayores.

- *Inactividad o inmovilidad.* La falta de tracción muscular contra los huesos puede causar la pérdida de minerales, en especial calcio y fósforo. Esto puede ser un problema en particular para extremidades enyesadas.

RECUADRO 24-4 Factores de riesgo de osteoporosis

- Edad avanzada (mujeres de más de 65 años, varones de más de 80).
- Etnicidad:
  - Mujeres blancas con ancestros de Europa norocci-dental o las islas británicas.
  - Mujeres asiáticas.
- Deficiencia de calcio.
- Deficiencia de vitamina D.
- Mujeres de complexión delgada.
- Antecedente de menopausia temprana.
- Deficiencia de estrógeno.
- Antecedente de embarazos múltiples.
- Tabaquismo.
- Consumo elevado de alcohol.
- Inmovilidad prolongada.
- Enfermedades o uso crónico de farmacos que incrementan la pérdida ósea (p. ej., corticoesteroides, hormonas tiroideas, anticonvulsivos).
- Antecedente familiar de osteoporosis.

- *Enfermedades.* Se piensa que el síndrome de Cushing, que consiste en producción excesiva de glucocorticoesteroides por las glándulas suprarrenales, inhibe la

formación de matriz ósea. El aumento de la actividad metabólica en el hipertiroidismo causa un recambio óseo más rápido y una mayor tasa de resorción ósea sobre formación de hueso ocasiona osteoporosis. La diverticulitis excesiva puede interferir en la absorción de cantidades suficientes de calcio. Aunque la relación directa es incierta en la actualidad, la diabetes mellitus podría contribuir al origen de la osteoporosis. La proporción de casos de osteoporosis que resultan de otras enfermedades es relativamente pequeña.

- *Disminución de hormonas sexuales anabólicas.* La menor producción o la pérdida de estrógenos y andrógenos pueden ser la causa de la insuficiencia de calcio en el hueso; por lo tanto, las mujeres posmenopáusicas están en alto riesgo.
- *Alimentación.* Una cantidad insuficiente de calcio, vitamina D, vitamina C, proteína y otros nutrientes en la alimentación puede ocasionar osteoporosis. El consumo excesivo de cafeína o alcohol reduce la absorción y retención de calcio por el organismo.
- *Fármacos.* Heparina, furosemida, complementos tiroideos, corticoesteroides, tetraciclina y antiácidos a base de magnesio y aluminio pueden causar osteoporosis.

PARA REFLEXIONAR

¿A qué factores de riesgo de osteoporosis está usted expuesto y qué puede hacer para reducirlos?

La osteoporosis puede causar cifosis y reducción de la estatura. Es posible que la persona experimente dolor de la columna vertebral, en especial en la región lumbar. Los huesos tienden a fracturarse con mayor facilidad. Sin embargo, los pacientes a menudo son asintomáticos y no advierten el problema hasta que se le detecta en las radiografías. Densidad y masa óseas se miden con distintos tipos de técnicas no traumáticas, como absorciometría de fotón único y de doble fotón, tomografía computarizada cuantitativa y absorciometría de rayos X de doble energía, que es el método más usado y que más se recomienda (Anders, Turner y Wallace, 2007).

El tratamiento depende de la causa subyacente de la enfermedad y puede incluir complementos de calcio, complementos de vitamina D, progesterona, estróge -no, fár ma cos anabólicos, fluoruro o fosfato. Un fármaco relativamente nuevo cuya eficacia para producir aumentos modestos en la masa ósea está demostrada es una forma sintética de calcitonina, una hormona producida en la tiroides que es un inhibitor potente de la actividad de los osteoclastos (las células que de manera continua reabsorben hueso). Los bisfosfonatos son otra nueva categoría beneficiosa de fármacos cuyo principal efecto es impedir la resorción (es decir, previenen o aminoran en grado significativo la actividad osteoclástica normal responsable de la resorción de hueso). Se anima a consumir una alimentación rica en proteína y calcio. Pueden usarse aparatos ortopédicos para dar soporte y reducir los espasmos. También resulta útil un tablero de cama y debe recomendarse.

La enfermera debe aconsejar al paciente que evite levantar objetos pesados, saltar y otras actividades que podrían ocasionar una fractura. Quienes atienden a esos

pacientes deben recordar ser cuidadosos al moverlos, ayudarlos a hacer ejercicios o levantarlos, porque es fácil que se produzcan fracturas. Las fracturas vertebrales por compresión son una posible complicación de la osteoporosis. Los ejercicios de rango de movimiento y ambulación son importantes para mantener el funcionamiento y prevenir mayor daño.

CONCEPTO CLAVE

El cuerpo de las personas con osteoporosis debe manipularse con cuidado para evitar fracturas.

Gota

La gota es un trastorno metabólico en el que un exceso de ácido úrico se acumula en la sangre. Como resultado, se depositan cristales de ácido úrico en las articulaciones y a su alrededor, lo que causa dolor intenso y sensibilidad en la articulación, y calor, enrojecimiento y tumefacción en el tejido circundante. Durante un ataque agudo, el dolor puede ser muy intenso; es posible que la persona no sea capaz de soportar peso, ni siquiera el de una manta o una prenda, en la articulación afectada. Los ataques pueden durar semanas a meses, con posibles remisiones prolongadas entre ellos.

El tratamiento se dirige a reducir el urato de sodio con una dieta baja en purina (p. ej., con abstención de tocino, pavo, ternera, hígado, riñones, cerebro, anchoas, sardinas, arenque, esperlán, macarela, salmón y leguminosas) y la administración de fármacos. También debe evitarse el alcohol, porque eleva la producción de ácido úrico y reduce su excreción. Pueden usarse colquicina o fenilbutazona para los ataques agudos; el manejo a largo plazo podría incluir colquicina, alopurinol, probenecid o indometacina. Es posible que la administración de diuréticos tiazídicos, que elevan la concentración de ácido úrico en la sangre, precipite los ataques gotosos. Vitamina E, ácido fólico y ácido eicosapentaenoico pueden ser complementos alimenticios útiles. Plantas como yuca y harpagófito (o garra del diablo) reducen los síntomas en algunas personas. Las enfermeras deben vigilar la aparición de dolor y alentar un consumo adecuado de líquidos para prevenir la formación de cálculos renales.

Trastornos de los pies

Hacia los 65 años de edad, alrededor de 90% de todas las personas tiene algún tipo de problema de los pies que causa algún grado de molestia o disfunción. Por ello no es sorprendente que los problemas de los pies de la edad avanzada hayan hecho surgir una especialidad por sí solos: la podogeriatría. Problemas de por vida con los pies, cambios en la marcha, enfermedades que afectan los pies (p. ej., gota, diabetes y vasculopatía periférica) y pérdida de la almohadilla de grasa de los pies relacionada con la edad contribuyen a los trastornos de esta región anatómica.

El que la persona mayor se realice por sí misma el raspado, corte y tratamiento químico de trastornos de los pies puede dar por resultado complicaciones graves; por lo tanto, los pacientes deben ser referidos a un podólogo para el tratamiento de dichos trastornos. Las enfermeras deben enseñar a los mayores acerca del cuidado apropiado

de los pies (p. ej., mantenerlos limpios y secos, usar zapatos seguros y de ajuste adecuado, ejercitar los pies y cortarse las uñas rectas y alineadas con la parte superior del dedo) y la importancia de buscar cuidados podológicos profesionales para los problemas. Las enfermeras pueden ofrecer masajes porque tal vez ayuden a estimular la circulación, reducir el edema y promover el confort. (Los masajes de los pies podrían estar contraindicados en pacientes con vasculopatía periferica o lesiones, de modo que es importante consultar primero con el médico.)

Debido al impacto de los problemas de los pies en la movilidad e independencia, estos trastornos deben identificarse y tratarse de manera eficaz. Enseguida se discuten algunos de los problemas comunes.

Queratosis plantar

La queratosis plantar es causada por fricción e irritación de los pies, que crean capas de piel engrosada. La reducción de la almohadilla de grasa del pie, la sequedad de la piel, la disminución del funcionamiento de los dedos y el ajuste defectuoso de los zapatos contribuyen a la queratosis plantar, que suele ocurrir en talones o plantas y aunque no es dolorosa, puede tener mal aspecto. Existe el riesgo de que la persona intente raspar o cortar la queratosis de sus pies y que se lesione la piel. Masajear los pies con lociones y aceites puede ayudar a prevenir el trastorno.

Callos

Los callos son capas con forma cónica de piel seca engrosada que se acumulan sobre una prominencia ósea. La presión en la zona causa molestia cuando la punta del cono se comprime contra el tejido. La presión adicional incrementa el tamaño del callo y, en consecuencia, el dolor. Usar parches para callos en forma de U y envolver el dedo en lana de cordero son medidas de elección ante los parches para callos ovalados o redondos, que pueden restringir la circulación. Como en el caso de la queratosis plantar, debe recomendarse a los pacientes que no intenten eliminar los callos por su cuenta.

Hallux valgus, (deformidad en valgo del dedo gordo del pie)

Un juanete es una prominencia ósea con una bolsa serosa adyacente en la cabeza del primer metatarsiano (fig. 24-5A). Aparece una desviación medial del primer metatarsiano con abducción del dedo gordo respecto a ese metatarsiano. Los juanetes son más comunes en mujeres, lo cual no es sorprendente considerando los estilos de calzado femenino, que por lo común aprietan y comprimen los dedos entre sí. Algunos juanetes son de naturaleza hereditaria. El aumento de la anchura del pie a causa del juanete hace difícil encontrar zapatos de ajuste adecuado. Los establecimientos de reparación de calzado pueden ensanchar los zapatos para dar cabida al juanete; otra opción son los zapatos hechos a la medida. En algunos casos está indicada la cirugía.

FIGURA 24-5 ■ Los trastornos de los pies pueden causar dolor y disfunción. **A.** Juanete. **B.** Dedo en martillo.

Dedo en martillo

El dedo en martillo es una hiperextensión de la articulación metatarsofalángica con flexión (de ahí el nombre latino de *digiti flexus*, «dedo flexionado») y a menudo formación de un callo en la articulación interfalángica proximal. El dedo comienza a adquirir la forma de un martillo de piano, de ahí su nombre (fig. 24-5B). Aunque la articulación en sí no es dolorosa, la presión en la zona causa molestia. Los aparatos o zapatos ortopedicos pueden dar algún alivio sintomático, pero para la corrección se requiere cirugía.

Fascitis plantar

La fascitis plantar es una causa común de dolor del talón que a menudo se confunde con un espolón. La fascia plantar es una banda ligamentosa gruesa en la planta que va desde la bola del pie hasta el talón, donde se inserta. La alineación deficiente del pie que causa pronación o supinación de éste durante la marcha da por resultado estiramiento y esfuerzo de la fascia plantar. La fascitis plantar es una inflamación de esta banda en el punto en que se inserta en el talón. El principal síntoma es dolor en el centro del talón o su lado interno. El dolor empeora después de un período de reposo; la mayoría de las personas lo experimenta en mayor medida por la mañana. Puede ceder después de caminar, pero tiende a aumentar cuando se aplica presión en el talón al caminar o estar de pie. El dolor puede irradiarse al tobillo o el arco del pie si ocurre irritación de nervios a causa de la tumefacción de la fascia plantar.

El tratamiento sintomático tal vez incluya ejercicios de estiramiento del pie (levantamiento de la bola del pie), aplicación de hielo al talón por períodos de 30 min, acolchado del talón y uso de zapatos con tacones de unos 5 cm. La manera más eficaz de aliviar el dolor y prevenir la inflamación es realinear el pie con un aparato ortopédico hecho a la medida. Debe indicarse a los pacientes que tal vez no noten mejoría sino hasta varios meses después de iniciar el tratamiento.

Infecciones

El uso de zapatos, en particular los hechos de materiales sintéticos, crea un ambiente cálido y húmedo que favorece la proliferación de hongos y bacterias. La *onicomicosis* es una infección micótica de la uña o el lecho ungueal; la uña está crecida, engrosada y quebradiza, y se descama. Conforme el hongo se propaga bajo la uña y la desplaza hacia arriba, los lados de la uña son empujados hacia la piel y causan dolor. Los preparados antimicóticos ayudan a eliminar las infecciones, pero éstas son reacias.

La *tiña del pie* o dermatofitosis interdigitoplantar (mejor conocida como «pie de atleta») es una infección micótica del pie que suele causar ardor y prurito; la superficie de la piel se desprende, agrieta y enrojece, a menudo con vesículas eruptivas. Las soluciones de continuidad en la superficie de la piel permiten el acceso de bacterias.

Uñas enterradas (onicocriptosis)

Las uñas enterradas pueden deberse al uso de zapatos estrechos o el corte excesivo de las uñas. Cuando la uña crece, su borde corta el tejido, causando inflamación. Tal vez se prescriban baños de inmersión y antibióticos tópicos; por lo común un podólogo puede corregir este problema retirando la porción enterrada y limpiando la zona.

CONSIDERACIONES ENFERMERAS GENERALES PARA LOS TRASTORNOS DEL APARATO LOCOMOTOR

Manejo del dolor

El dolor es frecuente en los problemas del aparato locomotor. Los cambios degenerativos en los tendones y la artritis a menudo causan dolor de hombros, codos, manos, caderas, rodillas y columna vertebral. Los calambres, en especial por la noche, son comunes en pantorrillas, pies, manos, caderas y muslos. La tensión articular y el clima húmedo producen dolor osteomuscular más a menudo en ancianos que en jóvenes.

El alivio del dolor es esencial para promover el funcionamiento físico, mental y social óptimo. El dolor no aliviado puede interferir en las capacidades de las personas mayores para realizar autocuidado, atender su hogar y mantener contacto social. Para enriquecer la calidad de vida, debe hacerse todo esfuerzo posible por minimizar o eliminar el dolor. Con frecuencia, el calor alivia los espasmos musculares; darse un baño tibio al acostarse y mantener las extremidades tibias con mantas y ropa puede reducir los espasmos y calambres durante toda la noche y promover el sueño ininterrumpido. Dado que los mayores están en alto riesgo de sufrir quemaduras, debe tenerse cuidado de evitar lesiones si se aplica calor o baños de inmersión. El estiramiento pasivo de la extremidad puede ayudar a controlar los calambres musculares. El ejercicio excesivo y el esfuerzo musculoesquelético deben evitarse, así como las situaciones que se sabe causan dolor, como levantar objetos pesados o el clima húmedo. Las fricciones de espalda con movimientos rítmicos, largos y lentos promueven la relajación y el confort. El dolor en las articulaciones que soportan peso

puede aliviarse dándoles reposo, apoyando las articulaciones dolorosas durante las transferencias y usando un andador o bastón (fig. 24-6). Una posición correcta, en la que todas las partes corporales están en alineación apropiada, ayuda a prevenir y tratar el dolor. Deben prevenirse los tropiezos accidentales del paciente contra la cama o la silla y la manipulación brusca de éste durante las actividades de atención. Tal vez sea necesario, además, que las enfermeras insistan a otros cuidadores sobre la necesidad de prestar especial atención al girar y levantar a los pacientes mayores.

CONCEPTO CLAVE

El dolor no aliviado puede afectar en grado significativo la independencia y la calidad de vida de una persona mayor.

Las actividades recreativas son útiles para prevenir la preocupación del paciente por el dolor. Acupuntura, acupresión y quiropraxia están entre las terapias complementarias que ayudan a algunos pacientes a controlar el dolor. La imaginación guiada y el contacto terapéutico también pueden ser útiles. El objetivo es ayudar al paciente a alcanzar el máximo nivel de actividad con el grado mínimo de dolor.

FIGURA 24-6 ■ Métodos para reducir el dolor osteomuscular. **A.** Alineación corporal correcta. **B.** Soporte de partes de la extremidad adyacentes a la articulación dolorosa cuando se mueve o levanta al paciente. **C.** Uso de andador o bastón.

Prevención de lesiones

Las consideraciones de seguridad son esenciales para todas las personas mayores debido a su alta incidencia de accidentes y lesiones del aparato locomotor, y el tiempo prolongado que se requiere para la curación. La prevención incluye estar atento por donde se camina; subir escaleras y aceras con lentitud; usar todo lo posible

ambos pies para el soporte; emplear pasamanos y bastones para equilibrio adicional; utilizar calzado seguro y de ajuste adecuado para una buena sustentación; y evitar pantalones, vestidos o batas demasiado largos. Ya se mencionó la importancia del uso seguro del calor; es útil que los pacientes aprendan la manera segura de medir la temperatura del agua y el uso de botellas de agua y mantas eléctricas. Los pacientes con vasculopatía periférica deben ser advertidos de que la aplicación local de calor puede imponer demandas circulatorias que su organismo será incapaz de satisfacer; para ellos suelen ser más favorables otras formas de aliviar el dolor. Los baños tibios a veces reducen el espasmo muscular y proporcionar analgesia, pero también pueden causar episodios de hipotensión que ocasionan mareo, desvanecimiento y lesión grave.

Girar a los pacientes de manera descuidada de modo que las piernas golpeen con el barandal de la cama, dejarlos caer en una silla durante un traslado, mantenerlos en una posición no alineada, manejar con rudeza una extremidad o intentar enderezar de manera forzada una contractura pueden causar distensión muscular y fracturas. La manipulación meticulosa prevendrá molestias y lesiones innecesarias del aparato locomotor.

Promoción de la independencia

Cualquier pérdida de independencia relacionada con las limitaciones impuestas por problemas del aparato locomotor tiene un grave impacto en el bienestar físico, emocional y social. Por lo tanto, las enfermeras deben explorar todas las posibilidades para ayudar a los pacientes a minimizar las limitaciones y reforzar las capacidades, y de este modo promover el máximo nivel posible de independencia. Bastones, andadores y otros dispositivos auxiliares a menudo proporcionan una ayuda significativa para compensar los déficits, y deben usarse cuando sea factible (fig. 24-7). Fisioterapeutas y terapeutas ocupacionales son valiosos recursos para recomendar los dispositivos auxiliares apropiados para usarse en déficits específicos. En el capítulo 35 se discuten con más detalle las ayudas de la movilidad.

FIGURA 24-7 ■ Los dispositivos de autocuidado pueden ayudar al paciente con problemas del aparato locomotor a alcanzar la máxima independencia posible. **A.** Los dispositivos auxiliares para la alimentación ayudan al paciente a sujetar los utensilios y colocar la comida en ellos. **B.** Un alcanzador es un dispositivo práctico para el paciente con restricciones de movilidad. **C.** Un asiento elevado hace más fácil que una persona con problemas para sentarse en el inodoro haga uso de éste en casa de manera segura.

LLEVANDO LA INVESTIGACIÓN A LA VIDA

JUEGOS DE EJERCICIO Y COGNICIÓN EN PERSONAS MAYORES: UN ENSAYO CLÍNICO CON ASIGNACIÓN ALEATORIA DE GRUPOS

Anderson-Hanley, C., Arciero, P. J., Brickman, A. M., Nimon, J. P., Okuma, N., Nimon, J. P., Okuma, N., Zimmerman, E. A., y cols. (2012). American Journal of Preventive Medicine, 42(2), 109–119.

Aunque es sabido que el ejercicio brinda muchos beneficios físicos y cognitivos, pocos adultos mayores lo realizan. Los investigadores deseaban probar la hipótesis de que el uso de la bicicleta estática con recorridos de realidad virtual («ciberciclismo») mejoraría aspectos del funcionamiento cognitivo y del estado clínico en mayor medida que el ejercicio tradicional. Se reclutó a personas mayores (102) de ocho comunidades de jubilados y se les asignó de manera aleatoria a grupos de ejercicio traditional y ciberciclismo. Se midieron funcionamiento intelectual ejecutivo, estado clínico y esfuerzo de ejercicio y aptitud física. Los mayores que realizaron ciberciclismo tuvieron mejores resultados con el mismo esfuerzo que quienes efectuaron ejercicios tradicionales. Los investigadores sugirieron que el ejercicio cognitivo y físico simultáneo tiene un potencial

significativo para prevenir la declinación cognitiva.

Esta observación tiene implicaciones no sólo para los adultos mayores sino también para individuos más jóvenes, porque los ejercicios que trabajan tanto el funcionamiento cognitivo como el físico podrían tener mayores beneficios que aquellos que se concentran sólo en la actividad física. Las enfermeras geriátricas pueden usar esta información al planear un programa de ejercicios para mayores y recomendar estrategias de ejercicio que promuevan el envejecimiento saludable de personas de todas las edades. Este estudio también demuestra la importancia de integrar nueva tecnología que podría parecer no directamente relacionada con la atención de la salud (p. ej., los videojuegos) de pacientes geriátricos.

REALIDADES PRÁCTICAS

Mientras trabaja en una unidad hospitalaria, una enfermera nota que a los pacientes de edad avanzada se les permite pasar la mayor parte del tiempo en cama y cuando se levantan de ésta se les sienta en una silla de ruedas. Casi todos estos pacientes caminaban antes del ingreso. Observa que muchos de ellos están demasiado débiles para ambular sin riesgo al ser dados de alta.

En una reunión del equipo plantea el tema y sugiere la creación de planes para reducir la inmovilidad innecesaria de los pacientes mayores y ayudarlos con la ambulación a intervalos durante el transcurso del día. Algunas enfermeras difieren, argumentando que esto elevará el riesgo de caídas en la unidad. Añaden que ello también requerirá más tiempo de atención y que ya están trabajando con el personal absolutamente imprescindible.

Aunque desea tener armonía con su equipo, considera que las objeciones anteriores no se corresponden con el mejor interés en el cuidado de los pacientes.

¿Cuáles son sus opciones?

EJERCICIOS DE PENSAMIENTO CRÍTICO

1. ¿A qué obstáculos se enfrentan los mayores cuando tratan de mantenerse activos? ¿Qué aspectos de la sociedad en su conjunto desalientan la actividad física en personas mayores?
2. Diseñar el contenido de un programa de educación para el ejercicio de un grupo de mayores sanos.
3. Enumerar los problemas específicos a los que se podrían enfrentar los siguientes individuos mayores para realizar ejercicio adecuado: un usuario de una residencia para enfermos crónicos que tiene demencia, una viuda deprimida que vive sola en la comunidad y un varón que debe buscar un nuevo empleo tras su jubilación.
4. Describir el modo en que la actitud de la enfermera hacia los adultos mayores puede influir en su participación en actividades que promueven el movimiento.
5. ¿Con qué situaciones podría encontrarse un individuo mayor durante una

hospitalización breve que podrían incrementar el riesgo de sufrir una fractura?

RECURSOS

Arthritis Foundation
http://www.arthritis.org
International Association of Yoga Therapists
http://www.iayt.org
National Arthritis and Musculoskeletal and Skin Diseases Information Clearinghouse
http://www.nih.gov/niams/
National Institute of Arthritis and Musculoskeletal and Skin Diseases (NIAMS)
http://www.niams.nih.gov
National Osteoporosis Foundation
http://www.nof.org
Tai Chi Network
http://www.taichinetwork.org
Tai Chi Tao Center
http://www.taichitaocenter.com

REFERENCIAS

Adler, P. A., & Roberts, B. L. (2006). The use of Tai Chi to improve health in older adults. *Orthopedic Nursing, 25*(2), 122–126.

Anders, M., Turner, L., & Wallace, L. S. (2007). Use of decision rules for osteoporosis prevention and treatment: Implications for nurse practitioners. *Journal of American Academy of Nurse Practitioners, 19*(6), 299–305.

Di Iorio, A., Abate, M., DiRenzo, D., Russolillo, A., Battaglini, C., Ripari, P., Abate, G., et al. (2006). Sarcopenia: Age-related skeletal muscle changes from determinants to physical disability. *International Journal of Immunopathology and Pharmacology, 19*(4), 703–719.

Greenspan, A. I., Wolf, S. L., Kelly, M. E., & O'Grady, M. (2007). Tai chi and perceived health status in older adults who are transitionally frail: A randomized controlled trial. *Physical Therapy, 87*(5), 525–535.

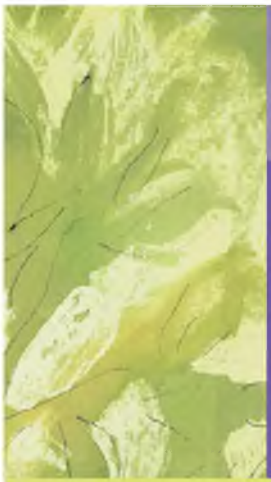
Heyward, V. H. (1998). *Advanced fitness assessment & exercise prescription.* Champaign, IL: Human Kinetics.

Province, M. A., Hadley, E. C., Hornbrook, M. C., Lipsitz, L. A., Miller, J. P., Mulrow, C. D., Wolf, S. L., et al. (1995). The effects of exercise on falls in elderly patients. *Journal of the American Medical Association, 273*(17), 1341–1347.

Sondergaard, B. C., Oestergaard, S., Christiansen, C., Tankó, L. B., & Karsdal, M. A. (2007). The effect of oral calcitonin on cartilage turnover and surface erosion in an ovariectomized rat model. *Arthritis & Rheumatism, 56*(8), 2674–2678.

LECTURAS RECOMENDADAS

Las lecturas recomendadas relacionadas con este capítulo pueden encontrarse en el sitio web que acompaña al libro. Visítese **http://thepoint.lww.com/espanol-Eliopoulos8e** para acceder a las lecturas recomendadas y otros recursos adicionales vinculados con este capítulo.



CAPÍTULO 25

Funcionamiento neurológico

RESUMEN DEL CAPÍTULO

Efectos del envejecimiento en el sistema nervioso

Promoción de la salud neurológica

Trastornos neurológicos frecuentes

- Enfermedad de Parkinson.
- Accidentes isquémicos transitorios.
- Accidentes cerebrovasculares.

Consideraciones enfermeras generales para trastornos neurológicos

- Promoción de la independencia.
- Prevención de lesiones.

El sistema nervioso tiene una enorme influencia en la interacción de una persona con el mundo. Cuando está sano, permite al individuo percibir los placeres que le rodean, protegerse de daños, resolver problemas, lograr estimulación intelectual, realizar interacción social y comunicar sus necesidades, pensamientos y deseos. Cada aspecto de las actividades básicas de la vida diaria depende de un buen estado neurológico. La disfunción de este sistema tiene un efecto de oleaje en otros sistemas y puede afectar profundamente la salud, la seguridad, y el bienestar general.

OBJETIVOS DE APRENDIZAJE

Después de estudiar este capítulo, el lector será capaz de:

1. Describir los efectos del envejecimiento en el sistema nervioso.
2. Enumerar los factores de riesgo de problemas neurológicos en adultos mayores.
3. Describir medidas para promover la salud neurológica en mayores.
4. Identificar signos y síntomas de trastornos neurológicos en geriatría.
5. Detallar los síntomas, características únicas y cuidados enfermeros relacionados con enfermedad de Parkinson, accidentes isquémicos transitorios y accidentes cerebrovasculares en personas mayores.
6. Especificar intervenciones enfermeras para promover la independencia en individuos mayores con problemas neurológicos.
7. Describir medidas para reducir el riesgo de lesión en personas mayores con problemas neurológicos.

CONCEPTOS BÁSICOS

Accidente cerebrovascular: interrupción del suministro de sangre al cerebro.
Accidente isquémico transitorio (AIT): episodio neurológico temporal o intermitente que puede deberse a cualquier situación que reduzca la circulación cerebral.
Bradicinesia: lentitud de movimientos.
Enfermedad de Parkinson: degeneración progresiva de neuronas en los ganglios basales, con el resultado de menor producción de dopamina.
Hemiparesia: debilidad en un lado del cuerpo.
Hemiplejía: parálisis de un lado del cuerpo.

EFECTOS DEL ENVEJECIMIENTO EN EL SISTEMA NERVIOSO

Con el envejecimiento, la pérdida de masa del tejido nervioso causa cierta atrofia del encéfalo y la médula espinal, y el peso del encéfalo disminuye. El número de células nerviosas declina, cada célula restante tiene menos dendritas y aparece cierto grado de desmielinización de las neuronas. Estos cambios hacen más lenta la conducción nerviosa. Los tiempos de respuesta y reacción aumentan y los reflejos se tornan más débiles.

En el cerebro ocurren grados variables de formación de placas, nudos y atrofia; no siempre existe una relación entre estos cambios y el funcionamiento cognitivo. Con la edad se acumulan radicales libres que pueden tener un efecto tóxico en determinadas células nerviosas. El flujo sanguíneo cerebral disminuye alrededor del 20% a medida que depósitos adiposos se acumulan de manera gradual en los vasos sanguíneos y las

pérdidas son aún mayores en personas con enfermedad cerebrovascular y afectación de pequeños vasos por diabetes e hipertensión; esto contribuye a un mayor riesgo de accidentes cerebrovasculares. El encéfalo tiene mayor capacidad para compensar que la médula espinal después de una lesión, pero dicha capacidad declina con la edad.

El desempeño intelectual tiende a mantenerse por lo menos hasta los 80 años de edad, aunque el tiempo requerido para realizar tareas se prolonga debido a un procesamiento central más lento. Las habilidades verbales se conservan bien hasta los 70 años, después comienza una reducción gradual del vocabulario, una tendencia a cometer errores de semántica y prosodia anómala (ritmo y entonación). Otros cambios relacionados con la edad en el funcionamiento intelectual son sutiles pero pueden evidenciarse por una dificultad para el aprendizaje, en especial de idiomas, y olvidos en áreas no críticas.

El hecho de que, en general, las neuronas no se repongan afecta el funcionamiento de los órganos de los sentidos, que se hacen menos agudos con la edad. El número y la sensibilidad de receptores sensitivos, dermatomas y neuronas decrecen, con el resultado de embotamiento del sentido del tacto. También declina en alguna medida el funcionamiento de los pares craneales que median el gusto y el olfato. Las personas mayores requieren niveles más altos de sabor, sonido, olor, contacto e iluminación para la misma percepción que los adultos más jóvenes.

Debe recordarse que estos cambios no afectan del mismo modo a todos los individuos. La constitución genética, la alimentación, el modo de vida y otros factores influyen también en la salud y el funcionamiento del sistema nervioso.

PROMOCIÓN DE LA SALUD NEUROLÓGICA

Muchos trastornos neurológicos ocurren por razones que escapan al control de la persona, pero otros pueden prevenirse o minimizarse. Por ejemplo, tabaquismo, obesidad, manejo ineficaz del estrés, colesterol alto e hipertensión son factores de riesgo importantes para sufrir una enfermedad neurovascular. El riesgo de lesiones de cabeza y columna vertebral aumenta cuando se obvian las medidas de seguridad, como no usar el cinturón de seguridad del auto, conducir de manera incompetente, abusar de alcohol y drogas, y no prevenir caídas. Es posible que las infecciones de oídos y senos nasales y las de transmisión sexual ocasionen disfunción neurológica. La prevención de la mayoría de estos factores está dentro del ámbito de control del individuo. Las enfermeras pueden educar a las personas de todas las edades sobre medidas de prevención que promueven la salud neurológica en edad avanzada.

CONCEPTO CLAVE

Mantener el peso y la concentración de colesterol dentro del intervalo ideal, evitar el tabaquismo, manejar el estrés de manera eficaz, conducir de forma segura y controlar las infecciones ayuda a prevenir algunos trastornos neurológicos.

La estrecha relación y el contacto regular que el personal enfermero tiene con los

pacientes lo coloca en una posición ideal para detectar síntomas nuevos o signos sutiles de enfermedades neurológicas que de otro modo se pasarían por alto (recuadro 25-1). Reconocer síntomas y tomar medidas concretas para asegurarse de que los pacientes se evalúen de manera oportuna puede ayudar a prevenir una disfunción irreversible o grave.

Además, la valoración enfermera del funcionamiento neurológico (Guía de valoración 25-1) puede ayudar a revelar problemas específicos que precisan intervención. La tabla Diagnóstico enfermero 25-1 presenta diagnósticos que la enfermera puede identificar durante la valoración.

PARA REFLEXIONAR

Revise su estado de salud y su modo de vida en cuanto a factores de riesgo para trastornos neurológicos. Si existen riesgos, ¿cómo puede reducirlos?

RECUADRO 25-1 Indicaciones sutiles de problemas neurológicos

- Cefaleas de origen reciente que ocurren temprano por la mañana o interrumpen el sueño.
- Cambios en la visión (p. ej., disminución repentina de la agudeza, visión doble y ceguera de parte del campo visual).
- Sordera repentina, zumbido de oídos.
- Cambios de estado de ánimo o personalidad.
- Trastornos de la cognición o el nivel de consciencia.
- Torpeza, marcha inestable.
- Entumecimiento, hormigueo en una extremidad.
- Sensación inusual o dolor sobre el trayecto de un nervio.

GUÍA DE VALORACIÓN 25-1
FUNCIONAMIENTO NEUROLÓGICO

OBSERVACIONES GENERALES Y ENTREVISTA

La observación aguda mientras se entrevista al paciente ayuda a detectar diversos problemas neurológicos:

- En el reconocimiento inicial del sujeto, observar atentamente en busca de asimetría, deformidad, debilidad, parálisis, temblores y otras anomalías.
- Explorar en busca de síntomas de trastornos neurológicos como dolor, hormigueo, entumecimiento, desmayos, cefaleas, fasciculaciones, convulsiones, trastornos del sueño, mareo, distorsión de la realidad, debilidad y cambios en el estado mental.
- Si se identifican anomalías o síntomas clínicos, indagar sobre origen, antigüedad y limitaciones o problemas resultantes.

VALORACIÓN DEL HABLA

Los trastornos del habla pueden hacerse evidentes durante algo tan básico como las simples presentaciones. Si existen problemas del habla, es importante diferenciar entre dificultades para la

articulación (es decir, disartria) y problemas con el uso de símbolos (es decir, disfasia).

- En la disartria, los símbolos (en este caso, palabras) se usan de manera correcta, pero el habla puede ser farfullante o distorsionada a causa del control motor deficiente. Las disartrias sutiles pueden descubrirse pidiendo al paciente que pronuncie las siguientes sílabas:

  me, me, me (para examinar los labios)

  la, la, la (para examinar la lengua)

  ga, ga, ga (para examinar la laringe)
- La disfasia puede ser receptiva, expresiva o combinada:
  - Para determinar si la afasia es receptiva, se pide al paciente que siga una orden (p. ej., tomar el lápiz); la incapacidad del sujeto para entender lo que estos símbolos significan impedirá que ejecute la orden.
  - El paciente con afasia expresiva será capaz de entender instrucciones pero no podrá reunir los símbolos en una forma de lenguaje coherente. Se señalan varios objetos y se pide al paciente que los nombre; las disfasias leves (es decir, parafasias) pueden apreciarse si la persona sustituye la palabra correcta por otra afín, aunque inexacta, como llamar bota a un zapato o silla a un banquillo.
  - También es importante evaluar la capacidad para entender y expresarse por escrito. Se pide al paciente que escriba una oración corta que se le dicta y que lea una frase en un diario. Es necesario asegurarse de que el paciente tenga las capacidades educativas y visuales necesarias para cumplir esas indicaciones.

EXPLORACIÓN FÍSICA

Sensibilidad

Se pide al paciente que cierre los ojos y describa los estímulos percibidos. Un dibujo esquemático de la figura humana puede ser útil para documentar zonas en que se identifican problemas.

- Tocar distintas partes del cuerpo (p. ej., frente, mejillas, brazos, manos, piernas y pies) ligeramente con el dedo o un poco de algodón y observar si el paciente percibe los estímulos. Se comparan zonas análogas a ambos lados del cuerpo y zonas distales y proximales en la misma extremidad.
- Si estas sensibilidades primarias están intactas, se examina la capacidad del paciente para identificar dos estímulos simultáneos (p. ej., tacto en la mejilla derecha y el antebrazo izquierdo).
- Para examinar la sensibilidad cortical (es decir, estereognosia), se pide al paciente que, una vez más con los ojos cerrados, identifique diversos objetos colocados en cada mano (p. ej., llave, bolita de vidrio y moneda). La incapacidad para percibir estos objetos se conoce como astereognosia.

Coordinación y funcionamiento del cerebelo

- Se levanta el dedo y se pide al paciente que lo toque y luego se toque la nariz; se hace que el sujeto continúe esta acción mientras el examinador mueve sus dedos a diferentes partes. Se hace esta prueba punto por punto con ambos brazos del paciente y se toma nota de movimientos no uniformes, a sacudidas, y de la incapacidad para tocar el dedo del examinador o la propia nariz.
- Para examinar la coordinación en la extremidad inferior, se hace que el paciente se acueste y deslice el talón de un pie por la espinilla del otro.
- La capacidad para realizar movimientos alternados rápidos se examina pidiendo al paciente que golpetee rápido con el dedo índice en el muslo o la superficie de una mesa.
- La caminata en tándem, en la cual el paciente camina colocando el talón frente al dedo gordo del otro pie como si avanzara en una cuerda, también explora la coordinación; los pacientes con deformidades artríticas a veces no son capaces de caminar de este modo. Se puede hacer que los pacientes con escasa coordinación sujeten la mano del examinador durante esta prueba.

Reflejos

Las enfermeras pueden realizar algunas pruebas de reflejos:

- Para examinar el reflejo corneal, se toca suavemente la córnea con un poco de algodón limpio. El papel higiénico y la gasa son demasiado ásperos y pueden causar abrasiones corneales. Lo normal es que la persona parpadee.
- El reflejo de Babinski (respuesta plantar) se induce rozando la planta del pie del paciente. Lo normal es

que se flexionen los dedos; una respuesta anómala es la extensión en abanico de los dedos.

Pruebas adicionales

Puede examinarse cada uno de los pares craneales para identificar otros problemas. Punción lumbar, angiografía cerebral, neumoencefalografía y tomografía computarizada son algunos medios para evaluar problemas neurológicos. La valoración del sistema nervioso incluye una revisión del estado mental. (*V.* información sobre el examen del estado mental en el capítulo 32.)

DIAGNÓSTICO ENFERMERO

TABLA 25-1 Diagnósticos enfermeros relacionados con problemas neurológicos

Causas o factores contribuyentes	Diagnóstico enfermero
Deterioro del funcionamiento sensitivo o motor, fatiga, dolor, depresión, necesidad de equipo o dispositivos que usan energía	Intolerancia a la actividad
Alteración del autoconcepto, incapacidad para comunicarse, dependencia	Ansiedad
Incapacidad para percibir la señal, falta de control motor, inmovilidad	Estreñimiento
Posición incorrecta, presión en el encéfalo, neuritis	Dolor agudo
Disfasia, disartria, alteración del estado mental	Deterioro de la comunicación verbal
Alteración de la estructura o el funcionamiento corporales, dependencia	Afrontamiento ineficaz
Demandas, dependencia y cambios de rol secundarios a enfermedad del paciente	Interrupción de los procesos familiares
Alteración de la estructura y el funcionamiento corporales, dependencia	Trastorno de la imagen corporal
Pérdida del funcionamiento, cambio del modo de vida	Duelo
Dependencia, discapacidad, alteración del autoconcepto	Abandono personal
Discapacidad, dependencia, dolor, alteración del estado mental	Deterioro del mantenimiento del hogar
Inmovilidad, falta de sensibilidad	Riesgo de infección
Deterioro del funcionamiento sensitivo, fatiga, alteración del estado mental, uso incorrecto de auxiliares, trastorno de movilidad o coordinación	Riesgo de lesión
Parálisis, debilidad, vértigo, coordinación deficiente	Deterioro de la movilidad física
Trastorno de la deglución, incapacidad para alimentarse, anorexia o expresar deseos, depresión, alteración del sentido del gusto,	Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades
Incapacidad para realizar la higiene bucal adecuada	Deterioro de la mucosa bucal
Dependencia, discapacidad, problemas de comunicación, cambio de rol	Impotencia
Debilidad, parálisis, falta de coordinación, trastornos visuales	Déficit de autocuidado: baño/vestido/alimentación, uso del inodoro
Alteración de la estructura o el funcionamiento corporales, dependencia, cambio de rol	Baja autoestima crónica
Disminución o pérdida de funcionamiento sensitivo, accidente cerebrovascular, deprivación sensorial	Riesgo de caídas, riesgo de lesión
Trastorno de la inervación, discapacidad, alteración de la imagen corporal, depresión	Patrones sexuales ineficaces
Alteración de la capacidad para sentir presión o dolor, inmovilidad	Deterioro de la integridad cutánea
Alteración de la estructura o el funcionamiento corporales, disfasia, disartria, déficits visuales o auditivos, depresión, alteración del autoconcepto	Deterioro de la interacción social
Incapacidad para comunicarse, discapacidad, trastorno de la movilidad	Aislamiento social
Accidente cerebrovascular, depresión, ansiedad, temor, alteración del funcionamiento cerebral	Riesgo de confusión aguda, confusión aguda, confusión crónica
Inadvertencia sensitiva de la necesidad de orinar o incapacidad para controlar el vaciamiento vesical, incapacidad para comunicar necesidades o usar el inodoro por sí mismo	Deterioro de la eliminación urinaria

TRASTORNOS NEUROLÓGICOS FRECUENTES

En las siguientes secciones se exponen trastornos neurológicos que las enfermeras suelen ver en las personas mayores. En el capítulo 33 se estudia la enfermedad de Alzheimer, un trastorno neurodegenerativo.

Enfermedad de Parkinson

La enfermedad de Parkinson afecta la capacidad del sistema nervioso central para controlar los movimientos corporales. Ocurre cuando las neuronas que producen dopamina en la sustancia negra mueren o se dañan. La dopamina es necesaria para el movimiento suave y armonioso (no a sacudidas) e interviene en las emociones. Los síntomas de la enfermedad de Parkinson aparecen cuando se daña una cantidad significativa de estas células productoras de dopamina.

La enfermedad de Parkinson es más común en varones y ocurre más a menudo después de la quinta década de vida. La incidencia aumenta con la edad, aunque la mayoría de los casos se ha diagnosticado hacia el momento en que las personas alcanzan la séptima década. Si bien se desconoce la causa exacta, se piensa que esta enfermedad se relaciona con el antecedente de exposición a toxinas, encefalitis y enfermedad cerebrovascular, en especial arterioesclerosis. Una característica de las personas con enfermedad de Parkinson, que no se observa en individuos con otros síntomas de temblor, es la presencia en el encéfalo de cuerpos de Lewy, que son cuerpos de inclusión intracelulares. La muerte de células de la sustancia negra dentro de los ganglios basales ocasiona un descenso significativo de la dopamina, que es la causa de los síntomas que aparecen.

FIGURA 25-1 ■ Temblar y arrastrar los pies son características de la enfermedad de Parkinson.

Un temblor leve de manos o pies que avanza con lentitud puede ser el primer indicio de enfermedad de Parkinson (fig. 25-1). El temblor se reduce cuando el paciente intenta un movimiento deliberado. Aparecen rigidez y debilidad musculares, evidenciadas por babeo, dificultad para deglutir, habla lenta y monotonía de la voz. El rostro del paciente asume un aspecto de máscara y la piel está húmeda. Hay bradicinesia (lentitud de movimientos) y dificultad para el equilibrio. A menudo aumenta el apetito y es posible que la persona demuestre inestabilidad emocional. Un signo característico es la marcha arrastrada con inclinación del tronco al frente. La velocidad con que el paciente camina aumenta de manera progresiva, y no puede detenerse por propia voluntad. Cuando la enfermedad llega a un punto determinado, el paciente suele quedar del todo incapacitado para deambular. Los síntomas secundarios incluyen depresión, trastornos del sueño, demencia, cierre forzado de los párpados, babeo, disfagia, estreñimiento, disnea, dificultad para comenzar a orinar, tenesmo vesical y disminución del interés en la actividad sexual.

Se emplean diversas medidas para controlar los temblores y mantener el máximo nivel de independencia posible. Suelen prescribirse anticolinérgicos para reducir los síntomas del paciente. Las enfermeras deben tener presente que estos fármacos pueden exacerbar el glaucoma, lo que hace necesaria una estrecha vigilancia de este trastorno cuando está presente. Además, los anticolinérgicos pueden causar anuria temporal. Es importante prestar mucha atención durante el tratamiento medicamentoso. Mientras están tomando levodopa, los pacientes deben evitar los alimentos ricos en vitamina B_6, como aguacates, lentejas y guisantes, porque contrarrestan el efecto del fármaco; no se requieren restricciones alimentarias si el paciente usa carbidopa-levodopa. La tecnología para el control de los síntomas, como los generadores de pulsos que envían impulsos eléctricos que bloquean las señales encefálicas causantes del temblor, los sistemas de infusión de fármaco y la terapia génica, son benéficos para algunas personas con enfermedad de Parkinson (Aebischer y Pralog, 2003; Senatus y cols., 2004); debe consultarse al neurólogo acerca de la utilidad potencial para cada paciente.

Los ejercicios de movimiento activo y pasivo mantienen y mejoran la movilidad articular; los baños tibios y el masaje suelen facilitar esos ejercicios, y alivian los espasmos musculares causados por la rigidez. Las contracturas son un riesgo específico de personas mayores con enfermedad de Parkinson. El fisioterapeuta y el terapeuta ocupacional deben tener una participación activa en el programa de ejercicio para ayudar al paciente a encontrar dispositivos que incrementen la capacidad de procurarse autocuidado. Es raro que se realice intervención quirúrgica en pacientes mayores, porque no tienden a reaccionar bien.

La tensión y frustración agravarán los síntomas; por ello es importante que la enfermera ofrezca apoyo psicológico y minimice la alteración emocional. La enseñanza ayuda a los pacientes y familiares a tener una percepción realista de la enfermedad. La enfermera debe hacer hincapié en que el trastorno avanza con lentitud y que el tratamiento puede minimizar la discapacidad. Aunque el funcionamiento intelectual suele deteriorarse conforme la enfermedad avanza, no debe suponerse que la persona con enfermedad de Parkinson tiene deterioro cognitivo; es importante que otros no subestimen las capacidades mentales del paciente debido a los problemas del

habla y el aspecto desamparado, ya que ello puede ser en extremo frustrante y degradante para la persona, que tal vez reaccione con depresión e irritación. El apoyo continuo de la enfermera puede ayudar a la familia a maximizar la capacidad mental del paciente y a comprender que puede haber cambios de personalidad. Debe alentarse la comunicación y estimulación mental al nivel que el paciente siempre disfrutó.

Conforme la enfermedad avanza, el paciente requiere mayor asistencia. La valoración enfermera experta es esencial para asegurar que se satisfagan las demandas de asistencia al tiempo que se preserva el máximo nivel de independencia del paciente. La enfermera también debe valorar a los cuidadores familiares en busca de estrés y fatiga.

Accidentes isquémicos transitorios

Los accidentes isquémicos transitorios (AIT) son episodios neurológicos temporales o intermitentes que pueden deberse a cualquier situación que reduzca la circulación cerebral. Hiperextensión y flexión de la cabeza, co mo cuando un individuo se queda dormido en una silla, pueden afectar el riego sanguíneo cerebral. La disminución de la presión arterial que resulta de anemia y determinados fármacos (p. ej., diuréticos y antihipertensores) y el tabaquismo, por su efecto vasoconstrictor, también reducen la circulación cerebral, lo mismo que levantarse de manera brusca desde una posición baja. Hemiparesia, hemianestesia, afasia, pérdida unilateral de la visión, diplopía, vértigo, náuseas, vómito y disfagia son algunas de las manifestaciones de un AIT, que dependen de la localización de la zona isquémica. Estos signos pueden durar de minutos a horas y es habitual la recuperación completa en el transcurso de un día. El tratamiento suele consistir en corrección de la causa subyacente, anticoagulación o reconstrucción vascular. Una preocupación importante acerca de los AIT es que elevan el riesgo de accidente cerebrovascular (AVC).

CONCEPTO CLAVE

La alineación correcta y el soporte de cabeza y cuello pueden prevenir la hiperextensión y flexión de la cabeza, que son posibles causas de trastorno del flujo sanguíneo cerebral.

Accidentes cerebrovasculares

Los AVC son la tercera causa principal de muerte y una causa importante de discapacidad en personas mayores. Los mayores con hipertensión, arterioesclerosis grave, diabetes, gota, anemia, hipotiroidismo, infarto al miocardio silencioso, AIT y deshidratación, así como los fumadores están entre los candidatos de alto riesgo para AVC. Los principales tipos de AVC son el isquémico, que suele resultar de un trombo o un émbolo, y el hemorrágico, que puede ocurrir por rotura de un vaso sanguíneo cerebral. Casi todos los AVC en individuos mayores son isquémicos, causados por trombosis cerebral parcial o completa. Mareo, vértigo, cefalea, episodios de caída (sensación de ser lanzado de manera brusca y repentina al suelo) y cambios en memoria y comportamiento son algunos de los signos de advertencia de

AVC. Puede ser, por ejemplo, un episodio de caída causada por flacidez muscular completa en las piernas pero sin alteración de la conciencia. Los pacientes que describen o presentan estos síntomas deben someterse a valoración médica específica con prontitud. Dado que las enfermeras están en una posición privilegiada para ser las primeras en advertir estos signos, tal vez sean decisivas para ayudar al paciente a evitar la discapacidad o la muerte por un AVC. Sin embargo, éstos pueden tener lugar sin advertencia y presentan signos y síntomas muy variables, según la zona del encéfalo afectada. Entre los principales signos tienden a estar hemiplejía, afasia y hemianopsia.

Aunque los adultos mayores presentan mayor mortalidad por AVC que los jóvenes, la probabilidad de recuperación es alta entre los que sobreviven. Una atención enfermera de calidad mejora las oportunidades de supervivencia del paciente y minimiza las limitaciones que impiden una recuperación completa. En la fase aguda, los cuidados tienen los siguientes objetivos:

- Mantener la permeabilidad de las vías respiratorias.
- Dar nutrición e hidratación adecuadas.
- Vigilar los signos neurológicos y vitales.
- Prevenir las complicaciones relacionadas con la inmovilidad.

Además, los pacientes inconscientes necesitan cuidados adecuados de la piel y cambios de posición frecuentes porque son más susceptibles a las úlceras por presión. Si no se usa una sonda permanente, es importante que la enfermera examine al paciente en busca de indicaciones de sobredistensión vesical y que corrija la situación de manera expedita si se presenta. Los ojos del paciente inconsciente pueden permanecer abiertos por largo tiempo, con riesgo de sequedad, irritación y ulceración de la córnea. El daño corneal puede prevenirse mediante irrigaciones oculares con una solución salina estéril seguidas de gotas oftálmicas de aceite mineral estéril. Pueden usarse apósitos oftálmicos para ayudar a mantener los párpados cerrados; se cambian a diario y se revisan con frecuencia a fin de asegurar que los párpados estén realmente cerrados. El cuidado bucal regular y los ejercicios de rango de movimiento también son medidas estándares.

PARA REFLEXIONAR

¿Cómo se verían afectadas su vida y la de sus familiares si sufriera un accidente cerebrovascular?

Cuando el paciente recupera la conciencia y se estabiliza, los esfuerzos más activos de la enfermera deben concentrarse en la rehabilitación. Suele ser en extremo difícil para los pacientes entender su rehabilitación y participar en ella debido a los problemas de habla, comportamiento y memoria. Aunque estos problemas varían según el lado del cerebro afectado, pueden hacerse algunas observaciones generales. El lapso de atención se reduce y las instrucciones extensas y complicadas pueden causar confusión. La memoria remota suele estar intacta, mientras que los sucesos o explicaciones recientes se olvidan, una característica que presentan muchas personas

mayores sin el antecedente de AVC. Los pacientes pueden tener dificultad para transferir información de una situación a otra. Por ejemplo, tal vez recuerden los pasos para levantarse de la cama y sentarse en la silla de ruedas pero sean incapaces de aplicar los mismos principios para pasar de la silla de ruedas a una silla con brazos. Es posible la aparición de confusión, inquietud e irritabilidad por deprivación sensorial. La labilidad emocional también puede ser un problema. A fin de minimizar las limitaciones generadas por estos problemas, la enfermera puede encontrar útiles las siguientes acciones:

- Hablar al paciente durante las actividades rutinarias.
- Explicar brevemente los puntos básicos de lo que ha ocurrido, las intervenciones que se realizan y las actividades esperadas.
- Hablar con claridad pero no gritar.
- Diseñar mecanismos sencillos de comunicación, como un cartel con imágenes para señalar.
- Minimizar el ruido ambiental, el tráfico y el desorden.
- Procurar la estabilidad de quienes proporcionan los cuidados y las actividades de atención.
- Usar objetos familiares para el paciente (p. ej., su propia ropa y su reloj de mesa o pared).
- Tener un calendario o cartel con la fecha en la habitación.
- Dar estimulación sensorial mediante conversación, radio, televisión, decoraciones en la pared y objetos para que el paciente manipule.
- Proporcionar retroalimentación positiva frecuente; incluso una tarea menor puede ser un logro importante para el paciente.
- Esperar y aceptar errores y fallos.

Los libros de enfermería medicoquirúrgica general presentan directrices más detalladas para la atención de pacientes que han sufrido un accidente cerebrovascular. La American Heart Association en Estados Unidos y los organismos equivalentes en otros países también proporcionan material muy útil para la enfermera, el paciente y la familia en el tema del accidente cerebrovascular. El Plan de cuidados enfermeros 25-1 delinea consideraciones para el plan de atención del paciente que se recupera de un accidente cerebrovascular.

Las enfermeras también deben promover actividades que reduzcan el riesgo de accidente cerebrovascular. Manejar la hipertensión es importante para reducir AVC letales y no letales en personas mayores. Asimismo es útil dejar de fumar. Las personas mayores que dejan de fumar podrían mejorar los niveles de riego cerebral, que es una medida importante para prevenir accidentes cerebrovasculares.

CONCEPTO CLAVE

Controlar la hipertensión es importante para reducir el riesgo de accidente cerebrovascular en adultos mayores.

CONSIDERACIONES ENFERMERAS GENERALES PARA TRASTORNOS NEUROLÓGICOS

Promoción de la independencia

Los pacientes mayores con trastornos neurológicos se enfrentan a limitaciones impuestas tanto por la enfermedad como por el proceso de envejecimiento. El cuidado enfermero experto y creativo puede ayudarlos a alcanzar los niveles máximos de independencia. Es posible que algunos dispositivos auxiliares –como pasamanos en los corredores, barras de sujeción en baños y muchas otras modificaciones en el hogar– amplíen el tiempo en que los pacientes pueden vivir de manera independiente en la comunidad. Las visitas periódicas de una enfermera al hogar, el contacto regular con un miembro o amigo de la familia y la llamada diaria de un programa de apoyo telefónico local ayudan al paciente a sentirse confiado y protegido, lo cual promueve la independencia. Aunque estos individuos pueden realizar tareas de manera torpe y lenta, los familiares deben comprender que permitir el funcionamiento independiente es más benéfico desde el punto de vista físico y psicológico que hacer las tareas por ellos. Paciencia, seguridades y aliento continuos son esenciales para maximizar las capacidades de los pacientes para su independencia.

Los problemas neurológicos a menudo se acompañan de cambios de personalidad. Es posible que los pacientes se depriman, ya que advierten sus limitaciones y se frustran por su dependencia respecto de otros. Es probable que experimenten duelo por la pérdida de roles e identidades previos. Es posible también que sus reacciones se desplacen y evidencien mediante irritabilidad hacia otros, muchas veces sus seres queridos o cuidadores inmediatos. Familiares y cuidadores tal vez requieran ayuda para comprender las razones de este comportamiento y necesiten aprender maneras eficaces de afrontarlo. Ofenderse o enojarse contra esos pacientes sólo los irritará o frustrará aún más. Se requieren comprensión, paciencia y tolerancia.

CONCEPTO CLAVE

Los cuidadores deben estar preparados para los cambios de personalidad que los individuos que sufren trastornos neurológicos suelen experimentar; los cuidadores pueden beneficiarse también del apoyo de la enfermera.

PLAN DE CUIDADOS ENFERMEROS 25-1

PERSONA MAYOR CON ACCIDENTE CEREBROVASCULAR: PERÍODO DE CONVALECENCIA

Diagnósticos enfermeros: (1) déficits de autocuidado relacionados con deterioro sensitivo o motor, déficits visuales, fatiga, afasia; (2) Intolerancia a la actividad relacionada con depresión, escasa

motivación, inmovilidad prolongada, fatiga.

Objetivo	Intervenciones enfermeras
El paciente incrementa de manera progresiva la independencia en actividades de la vida diaria (AVD)	■ Valorar la independencia-dependencia del paciente en cada una de las AVD ■ Valorar cognición y estado emocional; repetir cada mes o siempre que ocurra un cambio en el estado físico o mental ■ Consultar con el fisioterapeuta (FT) y diseñar planes para ejercicios, técnicas de transferencia y auxiliares para la movilidad ■ Consultar con el terapeuta ocupacional y diseñar medidas que mejoren la independencia en las AVD y equipo adaptativo o auxiliar ■ Asegurarse de que el paciente use de manera apropiada los soportes para la movilidad y el equipo adaptativo o de asistencia ■ Alentar al paciente a usar capacidades que ya posee y reconocer sus esfuerzos por ser independiente ■ Ofrecer ayuda con las AVD según se requiera; asegurarse de que los cuidadores den tiempo adecuado para que el paciente realice las tareas cuando sea posible ■ Vigilar estado nutricional, ingresos y egresos ■ Revisar con regularidad el progreso del paciente con el equipo interdisciplinario, el paciente y la familia

Diagnóstico enfermero: deterioro de la movilidad física relacionado con alteración del funcionamiento sensitivo y motor.

Objetivo	Intervenciones enfermeras
El paciente está libre de complicaciones relacionadas con la inmovilidad; aumenta de manera progresiva la movilidad independiente	■ Determinar la amplitud de movimiento activo y pasivo de cada articulación; revalorar al menos cada mes ■ Guiar al paciente durante los ejercicios de rango de movimiento al menos tres veces al día; dar asistencia según se requiera ■ Usar ejercicios isométricos, de resistencia, estáticos si es posible ■ Asegurarse de que el paciente tenga una posición correcta y se mantenga en alineación apropiada ■ Determinar el tiempo que el paciente puede permanecer en una posición antes de sufrir efectos de la presión. Para ello, revisar la piel del paciente después de que haya estado en la misma posición durante media hora; si no hay enrojecimiento, se eleva el tiempo que el paciente pueda permanecer en una posición en intervalos de 30 min hasta 2 h. Establecer un horario de cambio de posición basado en el tiempo que se ha determinado que el paciente puede permanecer en una posición sin presentar enrojecimiento de los tejidos ■ Indicar al paciente que tosa y respire hondo al menos cada 2 h ■ Alentar una ingesta adecuada de líquidos y una dieta rica en fibra, a menos que esté contraindicado ■ Emplear masaje, loción o acolchado protector según se requiera para proteger la integridad cutánea ■ Ayudar al paciente para el uso apropiado de mecanismos auxiliares de la movilidad ■ Consultar con el FT acerca de maneras de incrementar la movilidad ■ Vigilar el avance y dar retroalimentación al paciente

Diagnósticos enfermeros: (1) desempeño ineficaz del rol relacionado con pérdida de funcionamiento corporal, cambios físicos, cambios de rol; (2) interrupción de procesos familiares relacionados con cambios en funcionamiento, dependencia respecto de la familia para los cuidados, afrontamiento ineficaz.

El paciente expresa aceptación del cambio en el modo de vida y el funcionamiento; desarrolla o mantiene interacciones satisfactorias con la familia	■ Entrevistar al paciente y la familia para identificar intereses, roles y funcionamiento previos del primero; valorar la capacidad o disposición del paciente para reasumir sus actividades ■ Identificar y ejecutar medidas que permitan al paciente reanudar sus intereses, roles y funcionamientos previos con modificaciones ■ Reconocer las frustraciones del paciente por la alteración de sus capacidades; alentar la expresión de sentimientos ■ Alentar al paciente a participar en actividades familiares y sociales en la comunidad; ayudar al paciente y la familia a identificar acciones y mecanismos para facilitar las actividades ■ Vigilar el estado de ánimo del paciente; intervenir si se observan problemas ■ Hablar con la familia acerca de sus sentimientos y necesidades; planear en consecuencia

CASO A CONSIDERAR

El Sr. J., de 68 años, sufrió hace una semana un accidente cerebrovascular que le dejó con debilidad del lado derecho, afasia e incontinencia. Su esposa está ansiosa porque se le dé de alta del hospital y se le permita atenderlo en casa. Usted la ha oído decir al Sr. J. que él «no necesita preocuparse por nada porque ella hará todo lo que deba hacerse, y todo lo que él tiene que hacer es permanecer en cama y tomarse las cosas con calma».

PENSAMIENTO CRÍTICO

- Con base en la información proporcionada, ¿qué problemas deberán afrontar el Sr. y la Sra. J.?
- ¿Qué objetivos del plan de cuidados les ayudarán a abordar sus necesidades?

Prevención de lesiones

Es muy importante proteger de los peligros a los adultos mayores con un trastorno neurológico. Descoordinación de movimientos, debilidad y mareo están entre los problemas que hacen que estos pacientes presenten un alto riesgo de accidentes. Ya sea que se trate de una institución o del hogar del paciente en la comunidad, la enfermera debe revisar el entorno en busca de fuentes potenciales de accidentes, como alfombras no sujetas al suelo, iluminación deficiente de escaleras, desorden y mal funcionamiento de aparatos, así como falta de alarmas contra incendios, salidas de emergencias, asideros y alfombras no deslizantes en la bañera u otras medidas de seguridad. Las consideraciones de seguridad también incluyen prevención de contracturas, úlceras por presión y otros riesgos para la salud y el bienestar. Permitir que complicaciones que pudieron prevenirse impidan el avance y compliquen una discapacidad es una injusticia para el paciente.

LLEVANDO LA INVESTIGACIÓN A LA VIDA

CAPACIDAD ANTIOXIDANTE TOTAL DE LA ALIMENTACIÓN Y RIESGO DE ACCIDENTE CEREBROVASCULAR: ESTUDIO PROSPECTIVO DEMOGRÁFICO DE UNA COHORTE DE MUJERES

Rautiainen, S., Larrson, S., Virtamo, J. & Wolk, A. (2012). Stroke. 43(2):335–340.

El objetivo de este estudio era determinar si la capacidad antioxidante total (una medida de la capacidad de los alimentos para reducir los radicales libres) es capaz de reducir la inflamación y el estrés oxidativo, lo que a su vez podría disminuir el riesgo de accidente cerebrovascular (AVC). Unas 37 000 mujeres llenaron cuestionarios acerca de su alimentación. También se recabaron datos sobre su índice de masa corporal, si fumaban o no, nivel de actividad, consumo de alcohol, estado de salud, presencia de enfermedad cardiovascular y antecedente de AVC (determinado a partir de los expedientes de alta del hospital).

El riesgo de AVC era menor en las mujeres que consumían grandes cantidades de frutas y hortalizas, tomaban vitaminas, tenían mayor escolaridad y no fumaban. Los investigadores nota -ron una relación inversa significativa entre capacidad antioxidante total y AVC, lo cual apoyaba la idea de que una alimentación rica en antioxidantes ofrece protección contra AVC.

Una alimentación rica en antioxidantes tiene muchos beneficios para la salud y debe alentarse en personas de todas las edades para facilitar un proceso de envejecimiento saludable y un buen estado de salud en la vejez. Además, debe revisarse la alimentación de los mayores en cuanto a ingesta de frutas y hortalizas, y proporcionar enseñanza acerca de estrategias para incrementar el consumo de antioxidantes según se requiera.

REALIDADES PRÁCTICAS

La Sra. Torres, de 63 años de edad, trabaja en el departamento de facturación de un hospital. Luis, uno de sus compañeros de trabajo, comenta que está preocupado porque «algo le pasa a la Sra. Torres». Describe que ella ha adquirido un gesto inexpresivo y un habla monótona. Al agarrar documentos las manos le tiemblan mucho y no camina con la misma vivacidad de antes. Luis no se atreve a comentarle sus observaciones a la Sra. Torres pero le preocupa su salud y pide ayuda.

Pocas semanas después otro compañero se sienta en la misma mesa del comedor con la Sra. Torres. Nota los signos que Luis describió y sospecha que podría tratarse de un problema neurológico. ¿Cuál sería una manera apropiada de abordar las preocupaciones de Luis y ayudar a la Sra. Torres?

EJERCICIOS DE PENSAMIENTO CRÍTICO

1. Detallar el contenido de un programa de educación en materia de salud para instruir a personas mayores sobre prácticas que podrían reducir sus riesgos de problemas neurológicos.
2. ¿Qué factores empeorarán los síntomas del paciente con enfermedad de Parkinson? ¿Qué sugerencias podrían hacerse a los cuidadores para promover el funcionamiento óptimo de este paciente?

3. ¿Qué recursos existen en la comunidad para ayudar a los pacientes con enfermedad de Parkinson, accidente cerebrovascular y otros trastornos neurológicos?

RECURSOS

American Heart Association Stroke Connection
http://www.strokeassociation.org
American Parkinson Disease Association
http://www.apdaparkinson.org
Epilepsy Foundation of America
http://www.efa.org
Michael J. Fox Foundation for Parkinson's Research
http://www.michaeljfox.org
National Institute of Neurological Disorders and Stroke
http://www.ninds.nih.gov
National Multiple Sclerosis Society
http://www.nmss.org
National Parkinson Foundation
http://www.parkinson.org
National Stroke Association
http://www.stroke.org
Paralyzed Veterans of America
http://www.pva.org
Parkinson Alliance
http://www.parkinsonalliance.org
Parkinson's Action Network (PAN)
http://www.parkinsonsaction.org
Parkinson's Disease Foundation (PDF)
http://www.pdf.org
Parkinson's Institute
http://www.thepi.org
Parkinson's Resource Organization
http://www.parkinsonsresource.org
WE MOVE (Worldwide Education & Awareness for Movement Disorders)
http://www.wemove.org

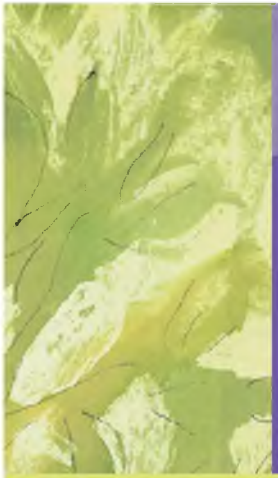
REFERENCIAS

Acbischer, P., & Pralog, W. (2003). Gene therapy approaches for Parkinson's disease. *Journal of Neurochemistry, 85* (6 Suppl 2), 8.

Senatus, P. B., McClelland, S. 3rd, Ferris, A. D., Ford, B., Winfield, L. M., Pullman, S. L., Goodman, R. R., et al. (2004). Implantation of bilateral deep brain stimulators in patients with Parkinson disease and preexisting cardiac pacemakers. Report of two cases. *Journal of Neurology, 101*(6), 1073–1077.

LECTURAS RECOMENDADAS

Las lecturas recomendadas relacionadas con este capítulo pueden encontrarse en el sitio web que acompaña al libro. Visítese **http://thepoint.lww.com/espanol-Eliopoulos8e** para acceder a las lecturas recomendadas y otros recursos adicionales vinculados con este capítulo.



CAPÍTULO 26

Percepción

RESUMEN DEL CAPÍTULO

Efectos del envejecimiento en la percepción

Promoción de la salud de los órganos de los sentidos

- Promoción de la visión.
- Promoción de la audición.
- Valoración de problemas.

Trastornos frecuentes de la percepción e intervenciones enfermeras relacionadas

- Déficits visuales.
- Déficits auditivos.

Consideraciones enfermeras generales para déficits sensitivos

El buen funcionamiento de los órganos de los sentidos es un activo extremadamente valioso que a menudo se da por descontado. Por ejemplo, las personas están en posición de protegerse mejor de lesiones cuando pueden ver, oír, oler, sentir y comunicarse. La disminución de la capacidad para protegerse de los peligros a causa de déficits sensoriales puede dar por resultado: caídas graves al no ver los obstáculos o no oír las alarmas y advertencias, ingestión de sustancias peligrosas al no reconocer los sabores desagradables, quemaduras al no percibir el olor de humo o gas y lesiones de la piel al no detectar temperatura y presión excesivas.

OBJETIVOS DE APRENDIZAJE

Después de estudiar este capítulo, el lector será capaz de:

1. Explicar la importancia del funcionamiento de los órganos de los sentidos y el impacto de los déficits sensitivos en los adultos mayores.
2. Describir los efectos del envejecimiento en el funcionamiento de los órganos de los sentidos.
3. Enumerar medidas para promover el funcionamiento correcto de los órganos de los sentidos en personas mayores.
4. Identificar signos de cataratas, glaucoma, degeneración macular, desprendimiento de retina, úlceras corneales y deterioro de la audición en mayores y las intervenciones enfermeras correspondientes.

CONCEPTOS BÁSICOS

Catarata: enturbiamiento del cristalino del ojo.

Degeneración macular: pérdida de la visión central secundaria al desarrollo de depósitos de cristales en el epitelio pigmentario de la retina.

Glaucoma: enfermedad ocular en la que la presión intraocular aumenta.

Presbiacusia: pérdida neurosensitiva de la audición para los tonos de alta frecuencia relacionada con la edad.

Presbiopía: disminución de la capacidad del ojo para cambiar la forma del cristalino a fin de concentrarse en objetos cercanos debido a la edad.

Los sentidos intactos también facilitan la percepción exacta del ambiente. Cuando el funcionamiento de los órganos de los sentidos está afectado, la percepción del entorno se distorsiona (p. ej., una persona podría pensar que se habla de ella si es incapaz de oír la conversación de quienes la rodean). El deterioro del funcionamiento de los órganos de los sentidos afecta las prácticas cotidianas. Por ejemplo, la visión deficiente puede impedir leer el diario o reconocer a una persona conocida en la calle. Los sabores de la comida se reducen cuando las papilas gustativas no funcionan de manera correcta. La experiencia placentera de oler flores recién cortadas se pierde cuando el olfato falla.

Por último, el funcionamiento de los órganos de los sentidos es esencial para la comunicación. La interacción social, el compartir experiencias y el intercambio de sentimientos son más completos cuando todos los sentidos participan. A través de la comunicación, las personas comparten alegrías y tristezas, experimentan la normalidad, validan percepciones y mantienen un vínculo con la realidad.

PARA REFLEXIONAR

¿De qué manera el ser ciego o sordo afectaría su vida diaria? ¿Qué reacciones considera que experimentaría?

Diversos factores intrínsecos y extrínsecos, como las alteraciones durante el proceso de envejecimiento, el uso excesivo y el abuso de determinados medicamentos, y los procesos patológicos que afectan a todos los grupos de edad, contribuyen a los problemas sensoriales de los adultos mayores. Los déficits sensitivos complican otros problemas que amenazan la salud, el bienestar y la independencia de los ancianos: su mayor vulnerabilidad a accidentes, su aislamiento social y el declive de su funcionamiento físico, además de muchas otras limitaciones en las actividades de autocuidado. Las enfermeras gerontológicas deben ser conscientes de los factores que influyen en el funcionamiento de los órganos de los sentidos en personas mayores y asegurarse de que los problemas sensoriales se evalúen de modo adecuado y se corrijan cuando sea posible.

EFECTOS DEL ENVEJECIMIENTO EN LA PERCEPCIÓN

Una de las áreas en que ocurren cambios más significativos con la edad es la visión. La disminución de la elasticidad y el endurecimiento de las fibras musculares del cristalino, que comienzan en la cuarta década de vida, interfieren en la capacidad para enfocar de modo adecuado y son los factores responsables de que la mayoría de las personas de edad avanzada requiera alguna forma de lentes correctoras; este trastorno se conoce como *presbiopía*. La agudeza visual declina de manera progresiva a causa de la disminución del tamaño pupilar, la opacificación del cristalino y el cuerpo vítreo, y la pérdida de células fotorreceptoras en la retina. El umbral para la percepción de la luz disminuye, causando dificultad para la visión nocturna y en zonas con luz tenue. La adaptación a la oscuridad y la luz es más lenta. La sensibilidad a la luminosidad aumenta debido a la formación de cataratas. Los cambios visuales provocan que la percepción de la profundidad se distorsione, lo que hace más difícil juzgar la altura de las superficies en que se camina. Los campos visuales se hacen más pequeños, lo que reduce la visión periférica. Los ojos producen menos lágrimas y están más secos.

Casi la mitad de los individuos que cada año se identifican como legalmente ciegos tiene 65 años o más. Las limitaciones visuales pueden hacer problemática la comunicación porque es posible que no se adviertan o se malinterpreten las expresiones faciales, que son tan importantes como las palabras mismas. La lectura de los labios para compensar déficits auditivos puede ser difícil, lo mismo que la correspondencia escrita porque la lectura y la escritura se hacen casi imposibles. Permanecer al corriente de sucesos de actualidad a través de los diarios y socializar mediante el juego de las cartas u otros pueden verse obstaculizados.

Los cambios auditivos también son comunes y pueden afectar la comunicación. La presbiacusia (pérdida auditiva neurosensitiva relacionada con la edad) reduce la capacidad para oír los sonidos de s, sh, f y g suave, y puede hacer que el habla sea inaudible o distorsionada, al igual que la producción y retención de cerumen, que es

un problema común en personas mayores. Los adultos mayores pueden ser conscientes de esta limitación y evitar situaciones en las cuales deben interactuar. A su vez, es posible que los otros también los eviten a causa de esa dificultad. Las conversaciones telefónicas a veces se ven afectadas por este problema, lo cual limita el contacto social aún más para el individuo que quizá ya estaba aislado socialmente por otras razones. Alrededor de 10% de la población mayor tiene alguna dificultad para oír las conversaciones telefónicas. Valorar la causa subyacente de un problema de audición a través de una evaluación profesional, incluido un examen audiométrico, es el primer paso en el tratamiento o la corrección del problema.

PARA REFLEXIONAR

Los teléfonos móviles son de uso generalizado. ¿De qué maneras cree usted que han facilitado y obstaculizado al mismo tiempo la comunicación?

Además de los cambios que afectan la visión y la audición, otros sentidos también se reducen con la edad. El número de papilas gustativas funcionales puede disminuir en grado significativo, en especial las responsables de los sabores dulce y salado. La presión no se percibe con tanta facilidad en la vejez. Los efectos relacionados con la edad en el tacto también pueden apreciarse por la dificultad que algunas personas mayores presentan para distinguir temperaturas. Asimismo, suele observarse alguna pérdida del olfato; esto puede afectar en alguna medida el sentido del gusto.

PROMOCIÓN DE LA SALUD DE LOS ÓRGANOS DE LOS SENTIDOS

Promoción de la visión

A pesar de los cambios relacionados con la edad, casi todas las personas mayores tienen suficiente capacidad visual para satisfacer sus necesidades de autocuidado normales con la ayuda de lentes correctoras. Sin embargo, es posible la aparición de problemas visuales graves que deben reconocerse oportunamente para prevenir un daño visual considerable. Los exámenes exhaustivos sistemáticos de los ojos realizados por un oftalmólogo, incluida la tonometría, son importantes para detectar y tratar en una fase temprana problemas oculares en individuos mayores. La enfermera debe hacer hincapié en la importancia de la revisión ocular anual para detectar cambios en la visión y la necesidad no sólo de modificar las lentes correctoras sino también de descubrir precozmente problemas como cataratas, glaucoma y otros procesos patológicos. La enfermera también debe evaluar la capacidad económica del mayor para pagar una revisión ocular y los gafas, porque el seguro de salud rara vez cubre este importante servicio; quizá se requieran recursos de la comunidad o la negociación de planes de pago especiales para que los adultos mayores adquieran el material necesario. Es posible que el sistema de seguridad social cubra las revisiones oculares de personas que presentan riesgo de sufrir determinados trastornos.

Además de los exámenes oculares anuales, se requiere una pronta evaluación de cualquier síntoma que pudiera indicar un problema visual, como ardor o dolor del ojo, visión borrosa o doble, enrojecimiento de la conjuntiva, manchas flotantes, cefaleas y cualquier otro cambio en la visión. La enfermera debe revisar la alimentación para asegurar una ingesta adecuada de nutrientes que promuevan una buena visión (recuadro 26-1). Diversos trastornos amenazan también la visión del individuo mayor. Por ejemplo, arterioesclerosis y diabetes pueden dañar la retina, y los déficits nutricionales y la hipertensión a veces ocasionan deterioro visual. Véanse las secciones de este libro en que se describen estas enfermedades para comprender su fisiopatología.

Promoción de la audición

Las enfermeras gerontológicas tienen la responsabilidad de ayudar a los adultos mayores a proteger y preservar también su audición. Es posible evitar algunos déficits auditivos en la edad avanzada mediante un cuidado adecuado de los oídos durante toda la vida. Tal cuidado debe incluir tratamiento de las infecciones óticas, prevención de traumatismos del oído (p. ej., por un golpe fuerte o un objeto extraño en el oído) y exámenes audiométricos con regularidad.

La enfermera debe revisar con frecuencia los oídos de los mayores en busca de depósitos de cerumen. La extracción de éste se facilita con la irrigación del conducto auditivo externo con agua tibia o una solución de peróxido de hidrógeno y agua, aunque también se dispone de preparados comerciales. No debe usarse un chorro de solución a presión en este procedimiento porque puede perforar el tímpano. En el caso de personas mayores es prudente contar con ayuda cuando se irrigan los oídos, porque a menudo aparece mareo durante la intervención. Incluso debe permitirse que el agua vaya hacia los oídos durante el baño o el lavado del cabello, ya que puede ayudar a ablandar el cerumen. Se evita el uso de bastoncillos con punta de algodón para retirar el cerumen porque pueden empujarlo de vuelta al conducto auditivo y causar su retención. Nunca deben usarse horquillas para el cabello ni objetos similares.

RECUADRO 26-1 Nutrientes beneficiosos para la visión

Zinc: promueve la capacidad visual y la adaptación a la oscuridad normales; los complementos pueden reducir la pérdida visual en la degeneración macular; es posible que su deficiencia favorezca el desarrollo de cataratas.

Selenio: tal vez ayude a prevenir las cataratas; los complementos junto con vitamina E podrían reducir la pérdida visual en la degeneración macular.

Vitamina C: promueve la visión normal; los complementos podrían mejorar la visión en personas con cataratas.

Vitamina A: mantiene saludables los bastoncillos y conos de la retina.

Vitamina E: puede ayudar a prevenir las cataratas; es posible que los complementos en dosis altas prevengan la degeneración macular.

Riboflavina: ayuda a prevenir las cataratas.

Ginkgo biloba: podría prevenir cambios oculares degenerativos.

Flavonoides: mejoran la visión nocturna y la adaptación a la oscuridad; promueven la agudeza visual;

mejoran la integridad capilar para reducir el riesgo de hemorragia en la retinopatía diabética.

CONCEPTO CLAVE

Las irrigaciones de oídos pueden ayudar a retirar acumulaciones de cerumen; sin embargo, se debe proteger a la persona mayor del posible marco relacionado con esta intervención.

Además, es conveniente que las enfermeras impartan educación sanitaria acerca de los efectos del ruido ambiental sobre la audición y la salud general. Es importante protegerse durante toda la vida contra la exposición a ruidos intensos, como los relacionados con el trabajo en fábricas y la construcción, vehículos, música a volumen alto o tambores y explosiones; cuando la exposición es inevitable deben usarse tapones para los oídos. Las enfermeras pueden tener una participación activa al promover la legislación para el control de la contaminación por ruido y el cumplimiento de la misma.

Valoración de problemas

Dado que es raro el individuo mayor que no sufre algún déficit sensitivo, la enfermera que trabaja con estas personas debe ser hábil para valorar el funcionamiento de los órganos de los sentidos (Guía de valoración 26-1), asegurarse de que los problemas sensoriales sean evaluados de manera apropiada e implementar técnicas adecuadas para promover el máximo funcionamiento de los órganos de los sentidos. En la tabla Diagnóstico enfermero 26-1 se enumeran algunos de los diagnósticos enfermeros relacionados con déficits sensitivos.

GUÍA DE VALORACIÓN 26-1
FUNCIONAMIENTO DE LOS SENTIDOS

OBSERVACIONES GENERALES

Durante las interacciones con el paciente es preciso tomar nota de los signos de déficits auditivos como la falta de comunicación, las demandas de repetición de palabras, la dependencia de la lectura de labios y el giro de la cabeza a un lado en un esfuerzo por oír mejor. Identificar problemas oculares observando si el paciente usa gafas, muestra dificultad para ver (p. ej., choca contra los objetos y no puede leer la letra menuda) o tiene defectos oculares como párpados caídos, cambio de color de la esclerótica, lagrimeo excesivo, secreción o movimientos oculares inusuales. Los olores desagradables (p. ej., por incontinencia o vaginitis) que no parecen molestar al paciente podrían indicar pérdida de la olfacción; las quemaduras de cigarrillo en los dedos o las úlceras por presión inadvertidas podrían significar que el paciente tiene menos capacidad para sentir presión y dolor.

ENTREVISTA

- Interrogar al paciente sobre la fecha y el tipo de los últimos estudios oftalmológico y audiométrico (p. ej., ¿dónde se lo realizaron?, ¿lo vio un oftalmólogo o un optometrista?, ¿el examen incluyó una tonometría?, ¿le practicaron una evaluación audiométrica completa o una básica?).
- Si el paciente usa lentes o auxiliares auditivos, se le hacen preguntas acerca de dónde, cuándo y cómo

los obtuvo (p. ej., anteojos para leer comprados en la farmacia local o anteojos de prescripción; aparato auditivo publicitado en la televisión).

- Hacer preguntas como las siguientes para revelar la presencia de problemas sensoriales:
  - «¿Ha habido algún cambio en su visión? Descríbalo por favor».
  - «¿Le van tan bien sus gafas como cuando las adquirió?».
  - «¿Experimenta dolor, ardor o prurito en los ojos?».
  - «¿Alguna vez ve pasar manchas flotantes en los ojos? ¿Con cuánta frecuencia ocurre y cuán numerosas son las manchas?».
  - «¿Alguna vez ve destellos de luz o halos?».
  - «¿Alguna vez siente los ojos inusualmente secos o acuosos?».
  - «¿Tiene dificultar para ver de noche, en sitios con luz tenue o en zonas muy iluminadas?».
  - «¿Alguien de su familia tiene glaucoma u otros problemas oculares?".
  - «¿Ha notado algún cambio en su capacidad para oír? Descríbalo por favor».
  - «¿Hay sonidos que le sean más difíciles de oír que otros?».
  - «¿Alguna vez experimenta dolor, prurito, acúfenos o sensación de plenitud en los oídos?».
  - «¿Se le acumula mucho cerumen? ¿Cómo lo maneja?».
  - «¿Alguna vez le drena líquido de los oídos?».
  - «¿Es su olfato tan agudo como en años anteriores? Describa cualquier diferencia».
  - «¿Tiene dificultades para percibir dolor, presión o diferencias de temperatura, o ha notado cambios en esa percepción?».

EXPLORACIÓN FÍSICA

Ojos

- Inspeccionar los ojos en busca de estructura inusual, párpados caídos, cambio de color y movimiento anómalo. La pérdida de elasticidad alrededor de los ojos, indicada por la formación de bolsas, es un dato común. Es normal que las personas negras tengan un ligero tono amarillo en las esclerióticas. Tomar nota de cualquier lesión de los párpados.
- La palpación de los globos oculares con los párpados cerrados puede revelar dureza de los ojos en caso de presión intraocular excesiva y sensación esponjosa en caso de déficit de volumen.
- Realizar una evaluación macroscópica de la agudeza visual haciendo que el paciente lea un cartel de Snellen o letras de diversos tamaños en un diario. Si el paciente es incapaz de leer letras en el cartel o el diario, estimar el grado de limitación visual determinando si el paciente puede ver los dedos que se le ponen delante o simplemente lo adivina.
- Para estimar el campo visual, hacer que el paciente enfoque la vista al frente. De frente a la persona, se lleva un dedo a su campo de visión. Se toma nota de cuándo indica que ve el dedo respecto al momento en que el examinador lo ve. Si el paciente tiene restricciones para ver todas las partes del campo visual, se revisa la naturaleza exacta del problema. Un punto ciego en el campo visual (es decir, un escotoma) puede deberse a degeneración macular, un estrechamiento del campo periférico puede relacionarse con glaucoma y es posible la ceguera en la misma mitad de ambos ojos (es decir, hemianopía homónima) en personas con accidente cerebrovascular.
- Investigar los movimientos extraoculares haciendo que el paciente siga el dedo del examinador cuando se desplaza a distintos puntos, de manera horizontal y vertical. Los movimientos oculares irregulares a sacudidas pueden deberse a trastornos de los pares craneales III, IV o VI.

Oídos

- La inspección de los oídos suele revelar acumulación de cerumen, mayor crecimiento del vello y atrofia de la membrana timpánica, que la torna blanca o gris.
- Debe tomarse nota de las acumulaciones de cerumen y eliminarlas.
- Una pequeña lesión ulcerosa en forma de costra en la oreja puede ser un signo de carcinoma basocelular o escamocelular.
- Realizar una evaluación somera de la audición determinando la capacidad del paciente para oír el tictac de un reloj de pulsera. Revisar ambos oídos.

- Pueden efectuarse las pruebas de Weber y Rinne para evaluar sonidos de diferentes frecuencias. Para estas pruebas se coloca un diapasón vibrante cerca del oído o contra el cráneo; esto hará vibrar el oído interno. La prueba con diapasón de Rinne ayuda a evaluar la capacidad auditiva de un paciente por conducción aérea, en contraste con la conducción ósea. La prueba con diapasón de Weber ayuda a determinar la capacidad auditiva de un paciente sólo por conducción ósea y es útil cuando la pérdida auditiva es asimétrica.
- Además de presbiacusia y pérdidas auditivas de conducción, otras causas de disminución de la audición pueden ser las infecciones de la vía respiratoria superior, los fármacos ototóxicos y la diabetes.

DIAGNÓSTICO ENFERMERO

TABLA 26-1 Diagnósticos enfermeros relacionados con déficits sensitivos

Causas o factores contribuyentes	Diagnóstico enfermero
Deprivación o sobrecarga sensoriales, deterioro de la comunicación	Intolerancia a la actividad
Deterioro de la comunicación, alteración del autoconcepto, disminución de la capacidad para protegerse	Ansiedad
Glaucoma agudo, úlcera corneal, desprendimiento de retina	Dolor agudo
Déficit auditivo	Deterioro de la comunicación verbal
Deterioro de la visión o audición	Déficit de actividades recreativas
Déficits visuales, incapacidad para protegerse	Deterioro del mantenimiento del hogar
Reducción de la sensibilidad táctil	Riesgo de infección
Incapacidad para ver, oír, oler o sentir peligros	Riesgo de lesión
Incapacidad para protegerse, cuidarse, comunicarse	Desesperanza
Dependencia, deterioro de las interacciones, alteración del autoconcepto	Trastorno de la imagen corporal
Deterioro de cualquiera de los órganos de los sentidos	Trastorno de la percepción sensorial
Reducción de la sensibilidad táctil	Deterioro de la integridad cutánea
Deterioro de la interpretación del entorno	Trastorno del patrón del sueño
Déficits visuales o auditivos	Deterioro de la interacción social
Déficits visuales o auditivos, frustración del paciente u otros en el intento de comunicarse	Aislamiento social
Percepción errónea o deprivación sensorial por alteración del funcionamiento de los órganos de los sentidos	Riesgo de confusión aguda Ansiedad

TRASTORNOS FRECUENTES DE LA PERCEPCIÓN E INTERVENCIONES ENFERMERAS RELACIONADAS

Déficits visuales

Cataratas

Una catarata es un enturbiamiento del cristalino o su cápsula que causa que el cristalino pierda su transparencia. Las cataratas son comunes en personas mayores porque todo el mundo adquiere algún grado de opacidad del cristalino con la edad. De hecho, en este grupo las cataratas son la principal causa de visión deficiente. La exposición a la radiación ultravioleta B incrementa el riesgo de cataratas y pone de relieve la importancia de usar gafas para el sol apropiadas a fin de proteger los ojos. La diabetes, el tabaquismo, el consumo elevado de alcohol y las lesiones oculares también son factores contribuyentes. La mayoría de las personas de edad avanzada presenta algún grado de opacidad del cristalino, haya o no otros trastornos oculares.

CONCEPTO CLAVE

Todo el mundo sufre algún grado de opacidad del cristalino con la edad, aunque es más grave en personas que se han expuesto mucho a la radiación solar.

Síntomas No aparece molestia o dolor en caso de cataratas. Al principio la agudeza visual no se ve afectada, pero conforme la opacificación avanza, la visión se distorsiona, la visión nocturna disminuye y los objetos se ven borrosos. Es posible que la persona tenga problemas para ver las señales de tráfico al conducir y sienta como si tuviera una telilla en el ojo. Con el tiempo, la opacidad del cristalino y la pérdida de la visión se tornan completas. El resplandor de la luz solar y las luces brillantes son en extremo molestos para la persona afectada; esto se debe a que el cristalino opaco dispersa la luz más que uno transparente. Se desarrolla esclerosis nuclear, que provoca que el cristalino del ojo se torne amarillo o pardo amarillento; con el tiempo el color de la pupila cambia de negro a un blanco turbio. Algunos individuos informan mejoría en la capacidad para ver la letra menuda y los objetos pequeños («segunda vista»), que se debe a cambios en el cristalino que incrementan la miopía.

Tratamiento y cirugía de cataratas Aunque la operación para retirar el cristalino es el único tratamiento para una catarata, éstas afectan a las personas de modo diferente. Por lo tanto, la necesidad de cirugía debe valorarse con base en cada situación individual. Los pacientes con una sola catarata no necesariamente deben operarse si la visión en el otro ojo es adecuada y deben concentrarse en fortalecer su capacidad visual existente, reducir sus limitaciones y usar las medidas de seguridad aplicables a cualquier persona con deterioro visual (recuadro 26-2). Gafas para el sol, cortinas claras en las ventanas, mobiliario lejos de luces intensas y varias luces tenues en vez de una sola intensa minimizan las molestias por el resplandor. Es conveniente colocar los objetos dentro del campo visual del ojo no afectado, lo que debe considerarse, por ejemplo, al preparar una bandeja con alimentos o al disponer el mobiliario y los objetos de uso frecuente. Es esencial que un oftalmólogo realice evaluaciones regulares para detectar cambios o un nuevo problema en el ojo no afectado.

La cirugía mejora la visión en la mayoría de los pacientes. La intervención quirúrgica de cataratas se realiza de manera ambulatoria y las personas mayores suelen tolerarla bien. Las enfermeras gerontológicas están en una posición conveniente para dar a los pacientes mayores y sus familiares seguridades de que la edad no contraindica dicha operación. Por lo general, los pacientes suelen poder reanudar sus actividades habituales al día siguiente.

RECUADRO 26-2 edidas para compensar déficits visuales en personas mayores

- Mirar a la persona cuando se le hable.
- Usar varias luces tenues indirectas en vez de una sola que deslumbre.

- Evitar el resplandor de las ventanas utilizando cortinas claras o vitrales.
- Emplear material de lectura con letra grande.
- Colocar los artículos de uso frecuente dentro del campo visual.
- Evitar el uso de colores de tonos claros e intentar utilizar otros brillantes.
- Usar colores contrastantes en pasillos, escaleras y desniveles.
- Identificar las pertenencias personales y diferenciar el dormitorio y la silla de ruedas con un diseño único en vez de hacerlo con letras o números.

La simple intervención quirúrgica y algunas semanas de rehabilitación pueden dar por resultado años de mejora en la visión y, en consecuencia, mejor calidad de vida. Para extirpar el cristalino se usan dos tipos de procedimientos quirúrgicos. La extracción intracapsular es el método de elección para el paciente mayor con cataratas y consiste en extirpar el cristalino y la cápsula. La extracción extracapsular es una operación simple en la cual se extirpa el cristalino y la cápsula posterior se deja en su sitio. Un problema frecuente con la extracción extracapsular es que puede formarse una membrana secundaria, lo cual hace necesario un procedimiento adicional para la discisión de la membrana.

El método más común para reponer el cristalino extirpado consiste en insertar una lente intraocular en el momento de la operación. Para pacientes mayores, este método ha sido más exitoso que el ajuste de una lente de contacto o el uso de gafas especiales para cataratas. La lente intraocular tiende a distorsionar la visión menos que los anteojos para cataratas y no requiere el cuidado de una lente de contacto. Algunos pacientes sufren complicaciones con el implante de una lente, como infección ocular, pérdida de humor vítreo y deslizamiento del implante.

Glaucoma

El glaucoma es una enfermedad ocular degenerativa en la cual el nervio óptico es lesionado por una presión intraocular (PIO) más alta que la normal. Sigue en importancia a las cataratas como problema en personas mayores y es la segunda causa principal de ceguera en esta población; constituye 10% de todos los casos de ceguera en Estados Unidos. El glaucoma tiende a ocurrir en personas de más de 40 años y su prevalencia aumenta con la edad. Los afroestadounidenses tienden a sufrir glaucoma a menor edad que los blancos y entre ellos la incidencia es significativamente más alta; las mujeres se ven más afectadas que los varones en todos los grupos. Aunque la causa exacta se desconoce, el glaucoma puede relacionarse con aumento de tamaño del cristalino, iritis, alergia, desequilibrio endocrino, inestabilidad emocional y antecedente familiar del trastorno. Los fármacos con propiedades anticolinérgicas pueden exacerbar el glaucoma debido a sus efectos de dilatación pupilar. La PIO se incrementa con rapidez en el glaucoma agudo y de manera gradual en el crónico.

Glaucoma agudo En el glaucoma agudo, llamado también glaucoma de ángulo cerrado, el paciente experimenta dolor ocular intenso, cefalea, náuseas y vómito. Además del ascenso rápido de la tensión dentro del globo ocular, ocurren edema del cuerpo ciliar y dilatación de la pupila. La visión se torna borrosa y aparece ceguera si este problema no se corrige en un día, lo cual enfatiza el hecho de que se trata de una

urgencia médica que demanda atención inmediata. El oftalmólogo examinará el ojo con un oftalmoscopio y realizará una prueba del campo visual (perimetría). El diagnóstico se confirma colocando un tonómetro en la córnea anestesiada para medir la PIO (fig. 26-1). La presión normal es menor de 20 mmHg. Una lectura entre 20 y 25 mmHg se considera posible glaucoma. En otra prueba diagnóstica (la gonioscopia) se usa una lente de contacto y un microscopio binocular para el examen directo de la cámara anterior a fin de diferenciar entre glaucoma de ángulo cerrado y de ángulo abierto. Antiguamente si la PIO no disminuía en un lapso de 24 h, era necesaria la intervención quirúrgica. Sin embargo, en la actualidad se cuenta con fármacos eficaces para tratar el ataque agudo (p. ej., inhibidores de la anhidrasa carbónica, que disminuyen la formación de solución acuosa; manitol, urea y glicerina, que reducen el líquido por su capacidad para elevar la tensión osmótica en la sangre circulante). Para prevenir futuros episodios de glaucoma agudo, puede realizarse una iridectomía después del ataque agudo.

Glaucoma crónico El glaucoma crónico o de ángulo abierto es más común que el glaucoma agudo. Con frecuencia se desarrolla de manera tan gradual que los individuos afectados no advierten que tienen un problema visual. La visión periférica se deteriora de forma lenta pero creciente, por lo que es posible que la persona no advierta durante mucho tiempo por qué choca con los objetos a su alrededor. Tal vez deba cambiar de gafas con frecuencia. Cuando el deterioro avanza, la visión central resulta afectada. Es posible que las personas se quejen de cansancio ocular, cefaleas, visión nublada o halos alrededor de las luces, síntomas que tienden a ser más pronunciados por la mañana. A menudo la córnea tiene aspecto turbio y es factible que el iris esté fijo y dilatado. Aunque este trastorno suele afectar un solo ojo, pueden verse perjudicados ambos si no se busca tratamiento. Las mismas intervenciones que se mencionaron para el glaucoma agudo se utilizan para diagnosticar este problema. El tratamiento, encaminado a reducir la PIO, suele consistir en una combinación de un miótico y un inhibidor de la anhidrasa carbónica o en cirugía para establecer un conducto que filtre el líquido acuoso (p. ej., iridectomía, iridencleisis, ciclodiálisis y trepanación corneoesclerótica).

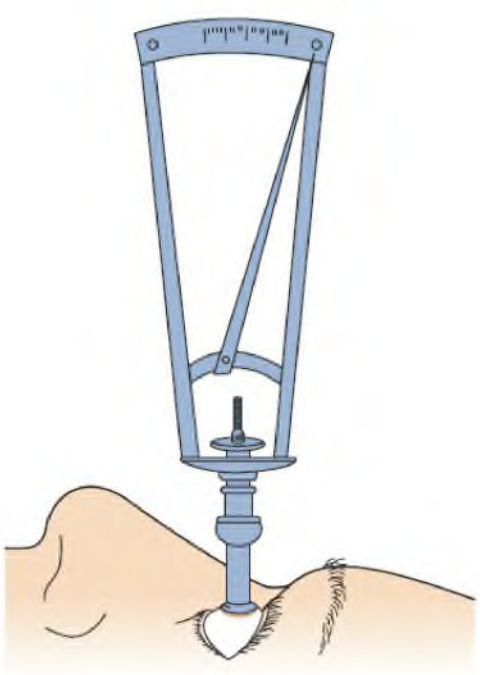


FIGURA 26-1 ■ Medición de la presión intraocular con un tonómetro.

CONCEPTO CLAVE

El glaucoma de ángulo abierto, la forma más frecuente de la enfermedad, puede ser asintomático hasta una etapa avanzada; por lo tanto, es importante realizar pruebas de detección de glaucoma.

Cuidados y prevención de complicaciones La pérdida de la visión por glaucoma es irreversible. Sin embargo, el daño adicional puede prevenirse evitando cualquier situación o actividad que incremente la PIO. El esfuerzo físico y el estrés emocional deben evitarse. Es posible instilar mióticos en el ojo; puede usarse acetazolamida. No deben administrarse midriáticos, estimulantes ni fármacos que eleven la presión arterial. Es conveniente que los pacientes lleven consigo una tarjeta o un brazalete que indiquen su enfermedad para prevenir la administración de esos fármacos en situaciones en que el sujeto esté inconsciente o sea incapaz de comunicarse por otra causa. También deben prevenirse el abuso y el uso excesivo de los ojos. La valoración periódica por un oftalmólogo es parte esencial de la atención continuada del paciente con glaucoma.

El seguimiento del tratamiento del glaucoma por parte de quien lo sufre puede ser complejo. La naturaleza silenciosa del trastorno, las dificultades para instilar las gotas oftálmicas y el coste de los medicamentos contribuyen a incumplir el plan de

cuidados. Es necesario que las enfermeras informen a los pacientes acerca de la enfermedad y su cuidado, y que los orienten sobre la importancia del cumplimiento. El plan de cuidados para estos pacientes debe incluir refuerzo continuo de las medidas de autocuidado para manejar la enfermedad. En el Plan de cuidados enfermeros 26-1 se presenta un plan de atención tipo para el paciente con glaucoma de ángulo abierto.

PLAN DE CUIDADOS ENFERMEROS 26-1

ADULTO MAYOR CON GLAUCOMA DE ÁNGULO ABIERTO

Diagnóstico enfermero: conocimientos deficientes acerca del manejo de la enfermedad.

Objetivos	Intervenciones enfermeras
El paciente expresa que conoce los hechos acerca del glaucoma y el cuidado relacionado; se administra gotas oftálmicas de manera correcta	■ Valorar el conocimiento del paciente acerca de la enfermedad en relación con lo que es, los cuidados requeridos, los síntomas que se deben observar e informar, y las precauciones que debe tomar ■ Aclarar ideas erróneas y dar explicaciones según se requiera ■ Asegurarse de que el paciente comprende la importancia de la administración regular de las gotas oftálmicas ■ Evaluar la capacidad del paciente para manipular el dosificador e instilarse las gotas (en particular en casos de artritis que afecta las manos). Enseñar según sea necesario. Si el paciente no puede usar el dosificador sin ayuda e instilarse las gotas, determinar la capacidad de algún familiar para ayudar e instruirlo ■ Educar al paciente para que comente cualquier trastorno asmático con el médico, ya que el clorhidrato de pilocarpina debe usarse con cautela en personas con asma ■ Reforzar la importancia de que el paciente exponga su situación médica completa a cada profesional de la salud con quien tenga contacto ■ Preparar al paciente para los efectos secundarios del clorhidrato de pilocarpina, como visión borrosa por 1 a 2 h después de la

	administración; revisar las consideraciones de seguridad relacionadas ■ Enseñar al paciente a evitar situaciones que puedan incrementar la presión intraocular, como toser con fuerza, estornudar y esforzarse al defecar ■ Recomendar al paciente que evite la automedicación para los resfriados porque estos remedios pueden contener agentes midriáticos que tal vez incrementen la presión intraocular ■ Discutir la naturaleza crónica del glaucoma y la necesidad de administración de por vida de medicamentos, atención a las precauciones y reconocimiento de los síntomas que deben informarse. Insistir en que si bien no es posible restaurar la visión perdida, la pérdida ulterior casi siempre puede evitarse con control de la enfermedad

Diagnóstico enfermero: riesgo de lesión por deterioro visual y riesgos relacionados con glaucoma.

Objetivos	Intervenciones enfermeras
El paciente está libre de lesión secundaria a deterioro visual; usa medidas preventivas para evitar complicaciones vinculadas con glaucoma	■ Explicar el impacto de la pérdida de visión periférica y las medidas de seguridad relacionadas, como colocar los objetos de uso frecuente en el campo visual, evitar obstáculos en el suelo, girar la cabeza por completo para ver los objetos situados a un lado, evitar conducir ■ Enseñar al paciente a que evite situaciones que pudieran dañar la visión al elevar la presión intraocular, como toser con fuerza, estornudar, esforzarse al defecar, realizar ejercicio extenuante y experimentar estrés emocional ■ Alentar al paciente para que mantenga el cuarto de baño y los pasillos bien iluminados, porque la visión nocturna o con luz tenue puede estar deteriorada por el uso de clorhidrato de pilocarpina ■ Recomendar al paciente que evite actividades durante varias horas después de la

	administración de gotas oftálmicas ya que en este tiempo la visión podría ser borrosa ■ Ayudar al paciente a obtener un brazalete de identificación médica a fin de asegurarse de que otros estén informados de su enfermedad en caso de que sea incapaz de comunicarse

Diagnóstico enfermero: ansiedad y temor relacionados con pérdida de la visión.

Objetivos	Intervenciones enfermeras
El paciente tiene un estilo de vida satisfactorio, con un manejo efectivo de la enfermedad; está libre de ansiedad y miedo	■ Alentar al paciente a expresar sus sentimientos acerca de la pérdida de visión y su impacto en el funcionamiento. Escuchar y ofrecer apoyo ■ Aclarar ideas erróneas; ofrecer explicaciones realistas ■ Determinar actividades importantes para el paciente y que pueden ser amenazadas por el trastorno. Diseñar estrategias para preservar y promover esas actividades ■ Ayudar al paciente a encontrar recursos que pueden promover el funcionamiento, la independencia y el disfrute. Contactar con las instituciones locales de asistencia para personas con deterioro visual

Diagnóstico enfermero: estreñimiento.

Objetivos	Intervenciones enfermeras
El paciente defeca sin esfuerzo al menos cada 2 a 3 días	■ Valorar el patrón de evacuación intestinal; en ausencia de problemas, reforzar las prácticas actuales; si el estreñimiento es un problema, iniciar medidas para promover la evacuación intestinal regular, como incrementar el consumo de fibra, establecer un horario regular para la defecación y usar productos para ablandar las heces a fin de evitar los incrementos de la presión intraocular que pudieran ocurrir al esforzarse para defecar

Degeneración macular

La degeneración macular, la causa más frecuente de ceguera en personas de más de 65 años, implica daño o degradación de la mácula, con el resultado de pérdida de la visión central. La forma más común es la degeneración macular por involución, que se relaciona con el proceso de envejecimiento, aunque la degeneración macular también puede deberse a lesión o infección, o ser exudativa. En la figura 26-2 se compara la pérdida de la visión que se experimenta en caso de cataratas, glaucoma y degeneración macular.

CONCEPTO CLAVE

La degeneración macular se acompaña de pérdida de la visión central.

Los exámenes oftalmológicos sistemáticos identifican la degeneración macular y promueven el tratamiento capaz de prevenir la pérdida de la visión ulterior. Se ha usado láser para tratar algunas formas de degeneración macular, pero el tipo involucional no reacciona bien a esta intervención. Son útiles para los pacientes con este trastorno las lentes de aumento, las lámparas de lectura de alta intensidad y otros materiales.

Desprendimiento de retina

Es posible que las personas mayores sufran desprendimiento de retina, que es el desplazamiento de la retina al frente desde su posición normal adherida a la coroides. Los síntomas, que pueden ser graduales o súbitos, incluyen percepción de manchas flotantes en el ojo, visión borrosa, destellos de luz y la sensación de que se forma una película sobre el ojo. Haz zonas desprovistas de visión, que avanzan a pérdida completa de la vista. La gravedad de los síntomas depende del grado de desprendimiento de la retina. Suele no haber dolor.

Se requiere tratamiento oportuno para impedir que el daño avance a posible ceguera. Las medidas iniciales que es más probable que se prescriban, reposo en cama y uso de parche en ambos ojos, pueden impresionar a la persona mayor, que tal vez reaccione con confusión y comportamiento inusual. La enfermera debe ayudar a que el paciente se sienta lo más seguro posible; las visitas frecuentes y la comunicación, facilitar una luz de aviso u otros medios para pedir asistencia, y las explicaciones completas y honestas ayudarán a crear una sensación de bienestar. Una vez que se ha dado tiempo para el máximo «reprendimiento» de la retina puede planearse la cirugía. Se usan varias técnicas quirúrgicas. Electrodiatermia y criocirugía hacen que la retina se adhiera a su lugar de fijación original; una banda esclerótica y fotocoagulación reducen el tamaño del espacio vítreo. El paciente debe seguir usando parches por varios días después de la operación. Las rutinas específicas varían con el tipo de procedimiento quirúrgico realizado. El paciente necesita estímulos verbales frecuentes para minimizar la ansiedad y obtener confort psicológico. Debe evitarse el estrés físico y emocional. Unas dos semanas después de la intervención quirúrgica puede evaluarse su éxito. Una minoría de pacientes debe someterse a un segundo procedimiento quirúrgico. Es importante que el paciente

comprenda la importancia del examen periódico, en especial porque algunos individuos sufren más tarde desprendimiento de la retina del otro ojo.

FIGURA 26-2 ■ Ejemplos de visión normal, visión con cataratas, visión con degeneración macular relacionada con la edad y visión con glaucoma. (Imágenes cortesía del National Eye Institute, National Institutes of Health.)

Úlcera corneal

La inflamación de la córnea, acompañada de pérdida de sustancia, provoca una úlcera corneal, que es un problema más común en adultos mayores que en personas de menor edad. Los estados febriles, la irritación, las deficiencias alimentarias, la disminución de la resistencia y el accidente cerebrovascular tienden a predisponer al individuo a este problema. Las úlceras corneales, extremadamente difíciles de tratar en mayores, pueden causar una cicatriz o perforación, con el resultado de destrucción de la córnea y ceguera. El ojo afectado puede estar sanguinolento y presentar lagrimeo. También hay dolor y fotofobia.

Las enfermeras deben indicar a los pacientes que busquen ayuda con rapidez en caso de cualquier irritación, sospecha de infección u otra dificultad con la córnea en cuanto se identifique. A menudo la atención temprana es eficaz para prevenir la formación de una úlcera corneal y preservar la capacidad visual. Pueden prescribirse ciclopléjicos, sedantes, antibióticos y calor para tratar una úlcera corneal. Las gafas con cristales oscuros reducirán la molestia relacionada con la fotofobia. Es importante

tratar la causa subyacente: infección, abrasión o presencia de un cuerpo extraño. En ocasiones se realizan trasplantes de córnea para las úlceras corneales más avanzadas.

Déficits auditivos

Una cantidad significativa de personas mayores, incluidos muchísimos usuarios de residencias para adultos mayores, tienen algún grado de pérdida auditiva como resultado de diversos factores además del envejecimiento. La exposición a música a alto volumen, el ruido de los aviones a reacción, el tráfico, la maquinaria pesada y las armas de fuego causan lesión y pérdida de células. La mayor incidencia de pérdida auditiva en varones puede relacionarse con sus ocupaciones más frecuentes que los exponen a ruidos intensos (p. ej., conducción de camiones, construcción, fábricas y servicio militar). La otitis media recurrente y los traumatismos pueden afectar la audición. Es factible que determinados fármacos sean ototóxicos, como ácido acetilsalicílico, bumetanida, ácido etacrínico, furosemida, indometacina, eritromicina, estreptomicina, neomicina, kanamicina y derivados de *Rauwolfia*; la lentitud en la eliminación de estos fármacos en muchas personas mayores puede promover este efecto. Diabetes, tumores de la nasofaringe, hipotiroidismo, sífilis, otros procesos patológicos y factores psicógenos a veces también contribuyen al deterioro de la audición.

Algunos problemas específicos afectan el oído de las personas mayores (fig. 26-3). Trastornos vasculares, infecciones virales y presbiacusia son causas frecuentes de daño del oído interno. En la otoesclerosis, un crecimiento óseo causa la fijación de la placa del pie del estribo en la ventana oval del caracol. Éste suele ser un problema del oído medio; es más común en mujeres y puede avanzar a sordera completa. El acúfenos, que es un zumbido u otro sonido en el oído, puede relacionarse con pérdida auditiva por envejecimiento, fármacos o enfermedad cardiovascular. Si al corregir el problema subyacente no se elimina el acúfenos, suelen prescribirse fármacos (p. ej., antidepresivos tricíclicos, gabapentina y acamprosato); también es posible enseñar a los pacientes estrategias de afrontamiento u ofrecerles terapias complementarias (p. ej., acupuntura, hipnosis y otras). Las infecciones del oído medio son menos frecuentes en individuos mayores; suelen acompañar a trastornos más graves, como tumores y diabetes. El oído externo puede verse afectado por dermatosis, furunculosis, retención de cerumen, quistes y neoplasias.

Atención del paciente

La primera acción en el cuidado de una persona con déficit auditivo debe ser animarle a someterse a una revisión audiométrica. No debe suponerse que el deterioro auditivo es una consecuencia normal del envejecimiento y dejarlo pasar. Sería una gran y penosa negligencia si la causa del problema auditivo fuera fácil de corregir (p. ej., extracción de cerumen o un quiste) y se permite que limite la vida del individuo afectado.

Aunque a veces la causa subyacente del problema auditivo puede corregirse, a menudo las personas mayores deben aprender a vivir con grados variables de déficits auditivos. No es raro que los individuos con deterioro de la audición tengan reacciones emocionales ante sus déficits. Al ser incapaces de oír la conversación, es

probable que se tornen suspicaces y acusen a las personas de hablar de ellos. Puede generarse ira, impaciencia y frustración por los intentos repetidos e infructuosos de entender la conversación. Es posible que los pacientes se sientan confundidos o reaccionen de manera inapropiada al recibir información verbal distorsionada. La capacidad limitada para oír señales de peligro y protegerse puede hacerlos sentirse inseguros. Estar conscientes de su limitación tal vez los lleve a evitar el contacto social para escapar de la vergüenza y la frustración. El aislamiento social a veces es una amenaza grave; en ocasiones las personas evitan a un adulto mayor con déficit auditivo debido a la dificultad para la comunicación. La salud física, emocional y social puede verse gravemente afectada por este déficit. Ayudar a los mayores a vivir con déficits auditivos es un desafío pero también una responsabilidad importante en la atención gerontológica.

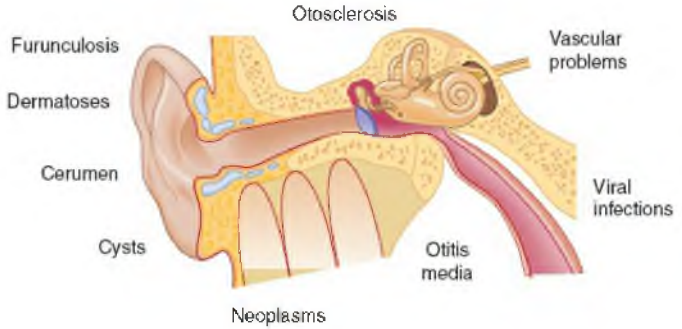


FIGURA 26-3 ■ Problemas que afectan el oído de los mayores.

Debe alertarse a un vecino acerca del problema auditivo de la persona a fin de que ésta se sienta protegida en caso de urgencia. En un ambiente institucional, tales pacientes deben ser ubicados cerca de la unidad de control de enfermeras. Debe aconsejarse a las personas con pérdida auditiva que soliciten explicaciones e instrucciones por escrito para que reciban la información completa.

Auxiliares auditivos

Los auxiliares auditivos son beneficiosos para personas con algunos trastornos auditivos, pero no resuelven todos los problemas de la audición. El otólogo puede determinar si el problema específico mejorará con un aparato auditivo y recomendar el más apropiado para las necesidades del paciente (fig. 26-4). Existe en el mercado una variedad de estilos de aparatos auditivos, como los que se usan en el oído, atrás de la oreja, encima de ésta o en el conducto auditivo. Nunca debe adquirirse un auxiliar auditivo sin que se haya prescrito de forma específica. A veces las personas mayores intentan mejorar su audición adquiriendo un aparato de un proveedor privado o por catálogo, lo que a veces causa decepción y pérdida de dinero de un presupuesto ya limitado. La enfermera está en una posición clave para educar al individuo mayor sobre la importancia de consultar a un profesional experto antes de adquirir un aparato auditivo.

CONCEPTO CLAVE

Las enfermeras deben recomendar a los pacientes que eviten adquirir un aparato auditivo sin haberse realizado antes un examen audiométrico completo.

Los pacientes han de comprender que incluso con un auxiliar auditivo sus problemas no quedarán resueltos. Aunque la audición mejorará, no volverá a la normalidad. Es posible que el habla suene distorsionada a través del dispositivo, porque cuando el habla se amplifica, también lo hacen los ruidos ambientales, que tal vez sean en extremo desagradables y perturbadores para el individuo. Los sonidos pueden ser en particular molestos en áreas en que es fácil que ocurra reverberación (p. ej., una iglesia o salón grande). Algunas personas nunca se acostumbran a un audífono y eligen no usarlo en vez de tolerar las perturbaciones y distorsiones. Los nuevos usuarios de dispositivos auditivos necesitan apoyo durante la fase de adaptación y debe recomendárseles que lo usen durante periodos progresivamente más largos cada día hasta que se sientan cómodos, y que eviten su empleo en ambientes ruidosos como aeropuertos, estaciones de trenes y estadios deportivos. El aparato debe revisarse con regularidad para asegurar que el auricular no se bloquee con cerumen y que la batería funcione. En el recuadro 26-3 se presentan algunas sugerencias acerca de los audífonos.

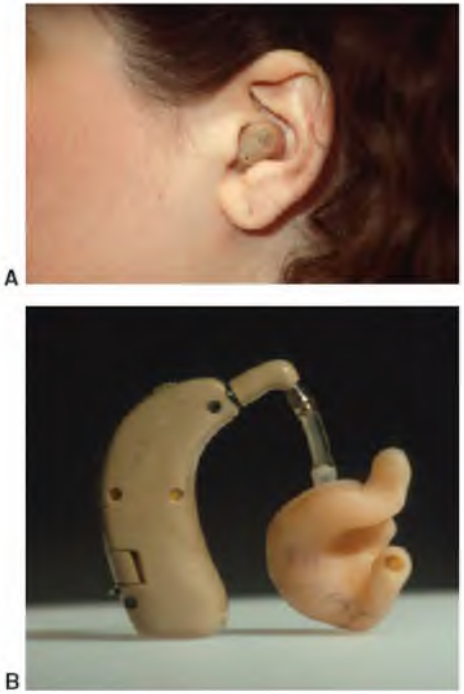


FIGURA 26-4 ■ Tipos de auxiliares auditivos. (**A**) Modelo para insertar dentro del oído. (**B**) Modelo para colocar atrás de la oreja.

CASO A CONSIDERAR

Una enfermera se encuentra con el Sr. y la Sra. R. mientras aplica vacunas contra la gripe en un centro local para mayores. Cuando el Sr. R. no responde a sus preguntas, la Sra. R., con impaciencia, le dice que su marido no contesta porque «no la oye y es demasiado obstinado para comprar un aparato auditivo». El Sr. R., al percibir la molestia de su esposa y escuchar un poco de lo que ella dice, comenta: «Sí oigo:, lo que pasa es que a veces ella habla demasiado bajo».

PENSAMIENTO CRÍTICO

- Aunque el tiempo que la enfermera puede dedicar a la pareja durante este encuentro es limitado, desea ayudar. ¿Qué acciones puede emprender? ¿A dónde podría referirlos?
- ¿Qué podría decirles de manera rápida acerca de la importancia de una evaluación audiométrica y de cuestiones de seguridad relacionadas con la incapacidad para oír?

RECUADRO 26-3 Cuidado de los dispositivos de audición

- Apagar el dispositivo o extraer la batería cuando no está en uso. Guardarlo en un estuche acolchado seguro.
- Limpiar el aparato al menos una vez a la semana. Usar un mondadientes, limpiador de pipas o el

dispositivo que tal vez venga con el aparato. No emplear alcohol en la limpieza porque puede secar y agrietar la cubierta. Evitar que aerosoles para el pelo, gel u otras sustancias químicas entren en contacto con el aparato.

- Proteger el dispositivo de la exposición a calor extremo (p. ej., secadoras para el pelo), el clima frío o la humedad.
- Apagar el aparato antes de cambiar la batería.
- Tener en reserva varias baterías nuevas. Por lo general, una batería durará alrededor de 80 h.

Cuando se usan de manera apropiada, los audífonos pueden corregir problemas de audición y permitir a los individuos mayores mantener la comunicación y las relaciones sociales. Las asociaciones locales para la audición y el habla, y las organizaciones que ayudan a los sordos pueden brindar asistencia y materiales educativos a los afectados y a quienes se interesan en los problemas auditivos.

CONSIDERACIONES ENFERMERAS GENERALES PARA DÉFICITS SENSITIVOS

A fin de compensar los múltiples déficits sensitivos que las personas mayores pueden experimentar, debe prestarse especial atención a la estimulación de todos los sentidos durante las actividades cotidianas. La alimentación puede planificarse de modo que incluya diversos sabores y colores. Perfumes, flores recién cortadas y velas aromáticas, si se usan de manera segura, generan fragancias interesantes. En un entorno institucional, tener una cafetera con café recién hecho en la zona de los pacientes produce un aroma placentero y familiar durante las primeras horas de la mañana; de forma similar, un horno de mesa permitirá cocinar galletas y otros alimentos en el área de los pacientes, lo cual proporcionará diversos estímulos. Pueden usarse diferentes texturas en tapicerías y tela de ropa. Relojes que emiten sonidos, cajas de música y móviles sonoros pueden variar los sonidos ambientales. El diseño de las residencias para adultos mayores debe tener en consideración el empleo de diferentes formas y colores. La estimulación intelectual a través de conversación, música y libros, por ejemplo, también es vital.

Para compensar las limitaciones visuales se debe mirar de frente al individuo y exagerar los gestos y expresiones faciales al hablar. Para compensar una visión periférica deficiente, que es común en personas mayores, debe abordarse a estos individuos desde el frente y no desde un costado, donde su visión es limitada. También es necesario asegurar que los asientos permitan ver por completo a las personas u objetos con que se interactúa. Es importante la iluminación adecuada, que debe provenir de varias luces tenues indirectas en vez de una sola fuente intensa y deslumbrante. Los juegos de mesa, los naipes y los teléfonos con letras y números grandes que brillen en la oscuridad promueven la interacción. Libros y revistas con letra grande y grabaciones de sucesos de actualidad y literatura popular son una fuente de recreación y una manera de mantenerse informado.

Para compensar un problema de audición no corregido por un aparato auditivo deben hacerse esfuerzos por minimizar las limitaciones impuestas por el déficit. Al dirigirse a individuos que sufren de pérdida auditiva para las frecuencias altas, debe

hablarse con lentitud, claridad y tono de baja frecuencia. Elevar la voz o gritar sólo aumentará la frecuencia del sonido y se sumará al déficit. Los métodos para promover una comunicación más exacta y completa incluyen hablar al oído menos dañado, colocarse frente al individuo al hablar, usar habla visual (p. ej., lenguaje de signos, gestos y expresiones faciales), facilitar a la persona que lea los labios, emplear un estetoscopio para amplificar los sonidos (hablar al diafragma mientras el paciente tiene los audífonos en los oídos) y usar tarjetas con palabras, listas de trabajo y auxiliares y dispositivos similares. Hacer bocina con las manos frente al oído menos deficiente y hablar directamente al oído también puede ser útil.

CONCEPTO CLAVE

Gritar eleva la frecuencia de la voz y potencialmente reduce lo que el oído maduro puede captar.

Por último, el tacto no es sólo un medio de estimulación sensorial, sino también una expresión de calidez e interés. Con demasiada frecuencia la enfermera sólo toca al paciente durante intervenciones específicas. Es fácil que los pacientes comiencen a sentir que los demás los perciben sólo en términos de tareas por realizar y no como seres humanos completos. Muy a menudo el personal enfermero se refiere a los pacientes como «un baño completo», «un cambio de apósitos» o «una comida». Y con mucha frecuencia también estas etiquetas se transmiten de manera no verbal cuando la enfermera sólo se reúne con el paciente para llevar a cabo estas actividades. Detalles como sostener una mano, rozar una mejilla y palmear un hombro, tan básicos como podrían parecer, son capaces de transmitir a los pacientes el mensaje de que aún son valorados como seres humanos irrepetibles. La aceptación de los esfuerzos del paciente por tocar también es importante. El lenguaje universal del contacto a menudo comunica amistad, calidez e interés que superan el más grave déficit sensitivo.

LEVANDO LA INVESTIGACIÓN A LA VIDA

RELACIÓN DE LA AGUDEZA VISUAL CON NIVELES DE ACTIVIDAD FÍSICA EN MOMENTOS DE OCIO EN PERSONAS MAYORES QUE VIVEN EN LA COMUNIDAD

Swanson, M. W., Bodner, E., Sawyer, P., & Allman, R. M. (2012). Journal of Aging and Physical Activity, 20(1), 1–14.

Tan común como es el descenso de la visión en adultos mayores, se sabe poco sobre el efecto de los déficits visuales en la actividad física. En este estudio se examinó la relación de nivel de agudeza visual, visión informada por el propio paciente y trastornos oculares con actividad física en momentos de ocio y gasto calórico calculado en 911 individuos de la comunidad de 65 años y más que formaban parte del University of Alabama

at Birmingham Study of Aging. Se calculó la relación entre variables visuales con gasto semanal de kilocalorías a partir del Leisure Time Physical Activity Questionnaire de 17 reactivos. Los resultados revelan que la disminución de la agudeza visual se relaciona con niveles más bajos de actividad física.

Este estudio demuestra el impacto de la visión en múltiples aspectos del funcionamiento de una persona. Aunque no sean ciegos, los mayores con pérdida visual suelen tener actividad física restringida y limitaciones en su capacidad para participar en actividades y beneficiarse de la fisioterapia. Adelgazamiento y debilidad muscular relacionados con escasa actividad física podrían tener como causa fundamental un deterioro visual. Debe instruirse a los adultos mayores acerca de maneras de promover la salud visual y la necesidad de exámenes visuales con regularidad, y acerca del impacto de una visión adecuada en su capacidad para realizar actividad física. Este estudio también refuerza la importancia de la valoración integral de las personas mayores.

REALIDADES PRÁCTICAS

La Sra. Gómez ingresó hace poco a una institución de adultos mayores asistida. A sus 82 años de edad, realiza de manera independiente la mayoría de las actividades de la vida diaria; sin embargo, ha sufrido algunas lesiones menores al chocar contra los muebles de su dormitorio. Una noche cayó al caminar de su dormitorio a oscuras al baño muy iluminado. La Sra. Gómez se siente frustrada y afirma que nunca tuvo este problema en su casa.

¿Qué se puede hacer para ayudarla?

EJERCICIOS DE PENSAMIENTO CRÍTICO

1. ¿Qué puede hacerse para prevenir la pérdida visual y auditiva con la edad?
2. ¿Por qué los individuos mayores no advierten los signos del glaucoma?
3. Diseñar un plan de enseñanza para un paciente al que acaba de diagnosticársele glaucoma.
4. Proyectar modificaciones a la vivienda tipo que pudieran beneficiar a una persona con deterioro visual.
5. Enumerar dispositivos auxiliares para promover el funcionamiento independiente de personas con deterioro visual o auditivo.
6. Localizar recursos en la comunidad para ayudar a las personas con trastornos visuales y auditivos.

RECURSOS

Alexander Graham Bell Association for the Deaf
http://www.agbell.org
American Council of the Blind

http://www.acb.org
American Humane Association Hearing Dog Program
http://www.americanhumane.org
American Speech-Language-Hearing Association
http://www.asha.org
Blinded Veterans Association
http://www.bva.org
Guide Dogs for the Blind
http://www.guidedogs.com
Guiding Eyes for the Blind
http://www.guiding-eyes.org
Leader Dogs for the Blind
http://www.leaderdog.org
Lighthouse National Center for Vision and Aging
http://www.lighthouse.org
National Association for the Deaf
http://www.nad.org
National Association for the Visually Handicapped
http://www.navh.org
National Braille Association
http://www.nationalbraille.org
National Federation of the Blind
http://www.nfb.org/
National Library Service for the Blind and Physically Handicapped
http://www.lcweb.loc.gov/nls
Recordings for the Blind and Dyslexic
http://www.rfbd.org

LECTURAS RECOMENDADAS

Las lecturas recomendadas relacionadas con este capítulo pueden encontrarse en el sitio web que acompaña al libro. Visítese **http://thepoint.lww.com/espanol-Eliopoulos8e** para acceder a las lecturas recomendadas y otros recursos adicionales vinculados con este capítulo.

CAPÍTULO 27

Funcionamiento endocrino

RESUMEN DEL CAPÍTULO

Efectos del envejecimiento en el funcionamiento endocrino

Trastornos endocrinos y consideraciones enfermeras relacionadas

Diabetes mellitus.

Hipotiroidismo.

Hipertiroidismo.

El sistema endocrino permite al organismo crecer y desarrollarse, reproducirse, metabolizar energía, mantener la homeostasis y reaccionar al estrés y la lesión. Este complejo sistema consta de glándulas que sintetizan y secretan hormonas, sustancias que son transportadas por la sangre desde las glándulas hasta los tejidos en los que ejercen efectos específicos ya sea de manera directa o indirecta al interactuar con receptores celulares determinados. Hay dos clases principales de hormonas: esteroides y tironinas, que son liposolubles, y polipéptidos y catecolaminas, que son hidrosolubles. Con el envejecimiento, el sistema endocrino experimenta cambios que pueden ser diversos e interrelacionados, pues algunos son respuestas compensatorias a otros. El conocimiento de estos cambios y sus efectos es útil para interpretar síntomas y orientar a los individuos mayores sobre prácticas que promueven la salud óptima.

OBJETIVOS DE APRENDIZAJE

Después de estudiar este capítulo, el lector será capaz de:

1. Resumir los efectos del envejecimiento en el funcionamiento endocrino.
2. Describir las manifestaciones únicas de la diabetes en los adultos mayores.
3. Diseñar un plan de educación para la persona mayor con diabetes.
4. Enumerar los síntomas de hipotiroidismo e hipertiroidismo en mayores.

CONCEPTOS BÁSICOS

Bocio: tumefacción no maligna de la glándula tiroides.

Contractura de Dupuytren: flexión fija de las manos debida a engrosamiento del tejido fibroso bajo la piel de la palma y los dedos; un riesgo para personas con diabetes mellitus.

Síndrome metabólico: grupo de trastornos (concentraciones alta de triglicéridos, baja de lipoproteína de alta densidad y alta de glucosa sanguínea en ayunas, hipertensión arterial y obesidad central) que ocurren juntos e incrementan el riesgo de diabetes, accidente cerebrovascular y arteriopatía coronaria.

EFECTOS DEL ENVEJECIMIENTO EN EL FUNCIONAMIENTO ENDOCRINO

Con la edad, la glándula tiroides se atrofia de manera progresiva y su actividad disminuye, con el resultado de una menor tasa metabólica basal, baja captación de yodo radiactivo y menor secreción y liberación de tirotropina. La actividad tiroidea puede reducirse aún más por disminución del funcionamiento de las glándulas suprarrenales. A pesar de estos cambios, el funcionamiento tiroideo sigue siendo adecuado para satisfacer las necesidades diarias. La secreción de corticotropina disminuye con la edad, lo que a su vez reduce la actividad secretoria de la glándula suprarrenal; esto aminora la secreción de estrógeno, progesterona, andrógeno, 17-cetoesteroides y glucocorticoides. El volumen de la glándula hipófisis disminuye con la edad; es posible que los valores de la hormona de crecimiento somatotropina se reduzcan. La secreción de insulina también se ve afectada por la edad; hay liberación insuficiente de insulina por las células β del páncreas y menor sensibilidad tisular a la insulina circulante. Muchos ancianos presentan menor capacidad para metabolizar glucosa, en particular cuando se consume una alta concentración repentina de ésta.

La promoción de la salud endocrina incluye prestar atención a esos efectos del envejecimiento y cualquier síntoma de disfunción endocrina en personas mayores a fin de facilitar la intervención y el tratamiento.

TRASTORNOS ENDOCRINOS Y CONSIDERACIONES ENFERMERAS RELACIONADAS

Diabetes mellitus

Se requiere una combinación de diversos conocimientos y habilidades cuando se atiende a mayores con diabetes. La diabetes tipo 2, que es la séptima causa principal de muerte en esa población, afecta a 20% de los adultos mayores y tiene una prevalencia particularmente alta en afroestadounidenses y personas de 65 a 74 años. En consecuencia, las enfermeras deben estar bien informadas acerca del modo en que difieren la detección y el manejo de la diabetes en mayores de los propios en otros grupos de edad.

La intolerancia a la glucosa es común en adultos mayores; se han dado varias explicaciones para ello. Alguna vez se pensó que ocurría un deterioro fisiológico de la tolerancia a la glucosa en la edad avanzada; sin embargo, en la actualidad se considera que la mayor cantidad de tejido adiposo en los ancianos obesos e inactivos es importante para el desarrollo de ese trastorno. Éste puede ser un factor en la alta incidencia de diabetes en la población general. Además, se han mejorado las técnicas diagnósticas, lo que permite detectar a un mayor número de individuos con este trastorno. Sin tener en cuenta las causas, hay consenso en que deben aplicarse diferentes estándares para evaluar la tolerancia a la glucosa en personas mayores.

CONCEPTO CLAVE

Obesidad e inactividad contribuyen a la alta prevalencia de diabetes mellitus.

Diagnóstico

El diagnóstico temprano de diabetes en personas mayores a menudo es difícil. Es posible que no se encuentren los síntomas clásicos de la diabetes, lo cual deja como únicos indicios una serie de síntomas inespecíficos. Por ello, se recomienda realizar la prueba de azúcar en sangre en ayunas cada 3 años en mayores de 45 años. Algunas sospechas de diabetes en adultos mayores son hipotensión ortostática, enfermedad periodontal, accidente cerebrovascular, hipotonía gástrica, impotencia, neuropatía, confusión, glaucoma, contractura de Dupuytren e infección. Tanto las pruebas de laboratorio como los síntomas pueden ser engañosos. Dado que el umbral renal para la glucosa aumenta con la edad, los individuos mayores pueden ser hiperglucémicos sin indicios de glucosuria, lo cual limita la validez de las pruebas de orina en busca de glucosa.

Entre todas las medidas diagnósticas, la prueba de tolerancia a la glucosa es la más eficaz. Para evitar un diagnóstico falso positivo, debe realizarse más de una prueba. La American Diabetes Association recomienda que se ingiera un mínimo de 150 g de carbohidratos a diario durante varios días antes de la prueba; a los ancianos con desnutrición pueden prescribírseles 300 g. Debe informarse al médico acerca de períodos recientes de inactividad, enfermedad estresante e ingesta alimentaria insuficiente, porque estas situaciones pueden contribuir a la intolerancia a la glucosa. En tales circunstancias, tal vez se obtengan resultados más exactos si la prueba se pospone 1 mes tras el episodio. Ácido nicotínico, ácido etacrínico, estrógeno, furosemida y diuréticos pueden reducir la tolerancia a la glucosa y no deben administrarse antes de la prueba. Inhibidores de la monoamina oxidasa, propranolol y

altas dosis de salicilatos a veces abaten la glucemia y también interfieren en la prueba. Se aplican medidas estándares durante la prueba de tolerancia a la glucosa en personas mayores. Si durante la prueba se presentan síntomas inusuales como confusión, es importante comunicarlo al médico.

Suele establecerse el diagnóstico de diabetes si se cumple uno de tres criterios:

1. Síntomas de diabetes y una glucemia al azar ≥200 mg/dl (11,1 mmol/l).
2. Glucemia en ayunas ≥126 mg/dl (7,0 mmol/l).
3. Glucemia 2 h después de una toma oral de glucosa ≥200 mg/dl (11,1 mmol/l) durante una prueba de tolerancia a la glucosa oral. La prueba debe realizarse como lo describe la Organización Mundial de la Salud, usando una carga de glucosa que contenga el equivalente de 75 g de glucosa anhidra disuelta en agua.

Estos resultados suelen confirmarse repitiendo la prueba otro día.

Manejo de la enfermedad

Ya que en la mayoría de las personas mayores se usa el tratamiento farmacológico para controlar la hiperglucemia, la atención cuidadosa a la educación del paciente, la fidelidad al plan prescrito y la vigilancia son esenciales.

Educación del paciente Una vez que el diagnóstico se confirma, la enfermera debe establecer un plan de enseñanza (recuadro 27-1). La mayoría de las personas sabe que la diabetes es un problema grave y crónico, y recibir este diagnóstico puede ser atemorizante. Es posible que temor y ansiedad interfieran en el proceso de aprendizaje de los mayores con diabetes recién diagnosticada, que habrán sido testigos de los efectos discapacitantes o letales de la diabetes en otros y anticipan tales procesos en ellos mismos. Al haber vivido en un período en que la diabe tes no se manejaba con éxito y a menudo era muy discapacitante y letal, es posible que el individuo mayor no esté al corriente de los avances en el tratamiento de la diabetes.

Las personas mayores pueden deprimirse o irritarse porque esta enfermedad amenaza con reducir la calidad del resto de su vida; tal vez se pregunten si vale la pena intercambiar un modo de vida sin restricciones por otro potencialmente más largo pero restringido. Pueden surgir preocupaciones acerca de la forma en que una dieta especial y las medicaciones se ajustarán a un presupuesto que ya era limitado. Es posible el aislamiento social a causa del temor a enfermar en público o afrontar restricciones que hagan a la persona diferente de sus semejantes. O quizá cuestione su capacidad para manejar su diabetes de manera independiente y le inquiete requerir institucionalización. La enfermera debe reconocer y abordar tales preocupaciones para disminuir el riesgo de otras limitaciones y promover las capacidades de autocuidado del individuo (tabla Diagnóstico enfermero 27-1). Seguridades, apoyo e información pueden reducir las barreras para el aprendizaje acerca de la diabetes y su tratamiento. La información del recuadro 27-2, útil para pacientes en cualquier situación educativa, ofrece directrices para la enseñanza del paciente diabético mayor.

RECUADRO 27-1 Contenido para la educación del paciente diabético

GENERALIDADES

Definición y descripción de la diabetes mellitus
Anatomía y fisiología básicas
Metabolismo de nutrientes básicos
Impacto de la edad avanzada en el metabolismo de la glucosa, presentación de los síntomas, complicaciones

NUTRICIÓN

Grupos de alimentos, sistema de intercambio de alimentos
Necesidades dietéticas
Patrón consistente de ingesta de alimentos
Planificación de menús
Comprensión de las etiquetas de los alimentos
Flexibilidad de la dieta

ACTIVIDAD Y EJERCICIO

Coordinación y establecimiento de metas con el profesional de la salud
Planificación de ejercicio en relación con la glucemia
Precauciones
Vigilancia de glucosa, signos vitales
Reconocimiento de complicaciones
Importancia de un buen ingreso de líquido

FÁRMACOS

Acciones
Dosis
Administración correcta
Precauciones
Efectos adversos
Interacciones

VIGILANCIA

Finalidad, objetivos
Tipos
Procedimiento

RECONOCIMIENTO DE HIPOGLUCEMIA E HIPERGLUCEMIA

Descripción y definición de hipoglucemia e hiperglucemia
Prevención

RECONOCIMIENTO DE SÍNTOMAS

Acciones para cada caso
Signos que obligan a contactar al profesional de la salud

PREVENCIÓN DE COMPLICACIONES

Cuidado de los pies
Exámenes oftalmológicos
Ajustes para la atención de la diabetes durante enfermedades
Reconocimiento de complicaciones (p. ej., infecciones y neuropatías)

CONCEPTO CLAVE

Puesto que la diabetes impacta muchas facetas de la vida de una persona, su educación debe ser amplia e individualizada.

Tratamiento farmacológico Puede usarse una variedad de fármacos para controlar la hiperglucemia. Las sulfonilureas, como la glibenclamida, estimulan la secreción de insulina al bloquear canales de potasio sensibles a trifosfato de adenosina en las células pancreáticas. Sin embargo, la administración de glibenclamida en personas mayores conlleva el riesgo de hipoglucemia grave y se cree que está relacionada con el retraso en la depuración de los metabolitos activos del fármaco. Además, la investigación sugiere que la glibenclamida se acompaña de una tasa de mortalidad anual significativamente más alta cuando se combina con metformina que otros fármacos que estimulan la secreción de insulina (Monami y cols., 2007). Por estos riesgos, glipizida y gliclazida, que tienen semividas más cortas y pocos metabolitos activos o ninguno, son sulfonilureas preferidas en personas mayores con diabetes. La sulfonilurea de última generación, glimepirida, al parecer es más selectiva que las anteriores y conlleva un riesgo menor de causar constricción de pequeños vasos. Además de inducir menos hipoglucemia que la glibenclamida, este fármaco parece ser más específico para canales de potasio de las células de los islotes y es menos probable que cause constricción de arterias coronarias. Las tabletas de sulfonilurea deben tomarse media hora antes de las comidas. Se recomienda comenzar el fármaco a dosis baja, alrededor de la mitad de la habitual para el adulto, y aumentarla de manera gradual en caso necesario.

DIAGNÓSTICO ENFERMERO

TABLA 27-1 Diagnósticos enfermeros relacionados con diabetes mellitus

Causas o factores contribuyentes	Diagnóstico enfermero
Temor al impacto de la enfermedad	Ansiedad
Alto riesgo de pérdida de una parte corporal o de su funcionamiento	Temor
Hiperglucemia	Riesgo de infección
Disminución de la sensibilidad, confusión o mareo por hipoglucemia	Riesgo de lesión
Pruebas diagnósticas, demandas de atención, negación	Conocimiento deficiente
Falta de conocimiento, limitación del autocuidado	Incumplimiento
Calorías insuficientes para satisfacer las demandas de energía e insulina	Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades
Ingesta calórica mayor que la necesaria para la cobertura energética y de insulina	Desequilibrio nutricional: ingesta superior a las necesidades
Incapacidad para satisfacer las demandas terapéuticas, sensación de que la enfermedad controla la vida	Impotencia
Neuropatías periféricas, retinopatía	Trastorno de la percepción
Neuropatía periférica, vaginitis	Disfunción sexual
Susceptibilidad a infecciones micóticas, prurito por hiperglucemia	Deterioro de la integridad cutánea
Poliquiuria	Trastorno del patrón de sueño
Disfunción neurovascular por neuropatías	Riesgo de perfusión tisular periférica ineficaz

RECUADRO 27-2 Directrices generales para la educación del paciente

VALORAR LA DISPOSICIÓN A APRENDER

Incomodidad, ansiedad y depresión pueden bloquear el aprendizaje y la retención del conocimiento. Tal vez sea necesario aliviar estos síntomas y dar tiempo para que los pacientes se desarrollen hasta el punto que desean y pueden manejar la información.

VALORAR CAPACIDADESY LIMITACIONES PARA EL APRENDIZAJE

Considerar nivel educativo, problemas de lenguaje, escolaridad, conocimiento actual, disposición a aprender, antecedente cultural, experiencia con la enfermedad, memoria, visión, audición, habla y estado mental.

DISEÑAR EL CONTENIDO DE LA PRESENTACIÓN

En este punto no sólo se debe ser específico y claro, sino también considerar las prioridades del aprendizaje. A veces las enfermeras se sienten obligadas a enseñar cada detalle de una enfermedad, condensando una multitud de nuevos hechos y procedimientos en un corto lapso de tiempo. La mayoría de las personas necesita tiempo para recibir, absorber, clasificar y traducir una nueva información sobre cambios conductuales; los mayores no son diferentes. La alteración del funcionamiento cerebral o las respuestas más lentas pueden interferir aún más en el aprendizaje del anciano. Los pacientes y sus familias deben tener también un papel en el establecimiento de prioridades de la educación; la información más vital debe proporcionarse primero, seguida de otro material relevante. Debe contarse con enfermeras domiciliarias y otros recursos después del alta hospitalaria para continuar con el plan de enseñanza si el programa propuesto no se completó durante la hospitalización.

MODIFICAR EL PLAN DE EDUCACIÓN CON BASE EN LAS CAPACIDADESY LIMITACIONES

La enfermera puede considerar que una explicación de los efectos fisiológicos de la diabetes es importante

para las personas a quienes se acaba de diagnosticar el trastorno. Sin embargo, es probable que la persona mayor que tiende a confundirse o que tiene memoria deficiente no se beneficie mucho de este tipo de información. Suele ser mejor usar ese tiempo para reforzar la información sobre la dieta o asegurarse de que se retenga la información más importante para el autocuidado.

PREPARAR AL PACIENTE PARA LA SESIÓN DE ENSEÑANZA-APRENDIZAJE

Los pacientes deben comprender que la educación es parte integral de los cuidados. Siempre que sea posible, reservar un tiempo específico en previsión de conflictos con otras actividades y permitir que la familia esté presente si lo desea.

ELEGIR UN AMBIENTE QUE PROPICIE EL APRENDIZAJE

Un área tranquila, limpia, relajante y libre de olores e inter-ferencias ayudará a crear una atmósfera apropiada para el aprendizaje. La distracción debe ser mínima, en especial en vista de la capacidad reducida de las personas mayores para manejar múltiples estímulos simultáneos.

USAR EL MATERIAL EDUCATIVO INDIVIDUALIZADO MÁS EFICAZ

Es importante reconocer las limitaciones de los soportes educativos ordinarios y la importancia de los métodos individualizados. Un procedimiento que fue exitoso para una persona puede no ser eficaz para otra. Es impresionante la variedad de audiovisuales comerciales disponibles como recursos para las enfermeras a través de muchas instituciones, aunque no necesariamente son eficaces para un paciente específico. La calidad de una grabación de audio puede ser excelente, pero su beneficio es escaso para la persona mayor con un problema auditivo. Es posible que una presentación en diapositivas, aunque se proyecte de manera pausada, presente los hechos más rápido de lo que una persona mayor, con tiempo de respuesta prolongado, puede absorberlos. La letra de un folleto comercial tal vez sea demasiado pequeña para los ojos añosos. El lenguaje usado en muchos materiales comerciales a veces no es al que la persona está acostumbrada. El material original hecho a mano de manera específica para las necesidades únicas del individuo puede tener un valor igual o mayor que el de los materiales comerciales. La selección de la metodología es esencial para cada paciente.

USAR VARIOS ENFOQUES PARA EL MISMO CUERPO DE CONOCIMIENTO

A mayor cantidad de modelos para un material nuevo, mayor probabilidad de que éste sea aprendido. Es importante combinar la explicación verbal con gráficas, diagramas, folletos, demostraciones, discusiones con otros pacientes y recursos audiovisuales.

DEJAR MATERIAL AL PACIENTE PARA SU REVISIÓN POSTERIOR

Con frecuencia es útil resumir la sesión de enseñanza por escrito, usando lenguaje familiar para el paciente. Esto le proporciona material concreto que puede revisar de forma independiente después y compartirlo con la familia.

REFORZAR PUNTOS CLAVE

El refuerzo ha de ser regular y sólido, y todos los miembros del personal deben apoyar el plan de enseñanza. Por ejemplo, si el objetivo de la intervención enfermera ha sido incrementar la competencia para la autoinyección de insulina, entonces la persona que sustituya a la enfermera en su día de descan so debe cumplir con los objetivos establecidos en vez de administrar ella misma la insulina al individuo. También debe planearse el refuerzo informal de la información mientras se realizan otras actividades diarias.

OBTENER RETROALIMENTACIÓN

Evaluar si el paciente y la familia han recibido y compren-dido de manera exacta la información proporcionada. Esto puede hacerse observando las demostraciones del paciente, haciéndole preguntas y escuchando las discusiones entre los pacientes.

REEVALUAR DE MANERA PERIÓDICA

Para verificar la retención y eficacia de las sesiones de educación, reevaluar de modo informal en posteriores ocasiones. Debe recordarse que para el individuo mayor puede ser especialmente difícil retener información.

DOCUMENTAR

Describir de manera específica lo que se enseñó, cuándo, quién participó, qué metodología se usó, la reacción del paciente y su comprensión, y los planes futuros para el aprendizaje restante. Esto ayuda al personal que atiende a pacientes durante su hospitalización y sirve como guía para quienes suministran cuidados continuados después del alta.

En diabéticos con sobrepeso y obesos que no tienen disfunción renal, cardíaca o respiratoria pueden usarse biguanidas (p. ej., metformina) si la dieta sola no es suficiente o como tratamiento adicional a las sulfonilureas. Cuando se emplean solas no producen hipoglucemia. No debe utilizarse metformina en caso de insuficiencia renal, enfermedad hepática, alcoholismo, insuficiencia cardíaca congestiva grave, vasculopatía periférica grave y enfermedad pulmonar obstructiva crónica grave. La metformina debe administrarse inmediatamente después de las comidas para evitar alteraciones gastrointestinales; comenzar con una dosis más baja puede reducir este efecto secundario.

La acarbosa, un inhibidor de la α-glucosidasa, reduce la hiperglucemia posprandial con menor efecto sobre la glucemia en ayunas y es más segura para personas mayores. La alteración gastrointestinal, en particular flatulencia, es el principal efecto secundario de la acarbosa, que puede minimizarse comenzando con una menor dosis e incrementándola de manera gradual si se requiere. La repaglinida es un antidiabético insulinotrópico de acción breve con eficacia y seguridad similares en individuos mayores y más jóvenes. Actúa principalmente aumentando la secreción de insulina endógena por el páncreas en respuesta a la comida. Este fármaco puede tomarse con las comidas.

Rosiglitazona y pioglitazona son tiazolidinodionas que pueden usarse solas o combinadas con sulfonilureas, metformina o insulina para el manejo de la diabetes mellitus tipo 2. Actúan principalmente incrementando la sensibilidad a la insulina y reduciendo la gluconeogénesis hepática; lo hacen sin estimular la liberación de insulina a partir de células β pancreáticas, con lo que reducen el riesgo de hipoglucemia. Este menor riesgo de hipoglucemia las hace adecuadas para personas mayores. Debe valorarse el funcionamiento cardíaco en todos los pacientes antes de comenzar el tratamiento con estos fármacos porque pueden precipitar una insuficiencia cardíaca en pacientes con problemas del corazón. Se requiere cautela en pacientes con enfermedad del hígado, aunque las enzimas hepáticas deben vigilarse en todos los pacientes que reciben estos fármacos.

Algunos individuos sólo requieren hipoglucemiantes orales para controlar su diabetes. Los que reciben insulinoterapia y han perdido peso o no han sufrido cetoacidosis pueden pasar de la insulina a hipoglucemiantes orales. Otros necesitarán ajustes periódicos en sus dosis de insulina para satisfacer las demandas cambiantes. Estos factores, combinados con otras dificultades de manejo en la persona mayor diabética, hacen necesaria la reevaluación frecuente del estado del paciente. El cuidado continuado de la salud es parte esencial del manejo del diabético.

Autocuidado y vigilancia del paciente Si una persona mayor con diabetes debe autoinyectarse insulina, uno de los factores a considerar es su capacidad para manipular una jeringa y la ampolla de insulina. El paciente debe hacer varias

demostraciones de esta capacidad durante la hospitalización, en especial en días en que pueden aparecer molestias por artritis. Además, dado que muchísimas personas mayores tienen algún grado de deterioro visual, la enfermera debe evaluar su capacidad para leer las graduaciones de una jeringa de insulina. Algunos dispositivos de insulina disponibles en el mercado ayudan a los mayores a administrarse con mayor facilidad la cantidad correcta.

El individuo mayor puede ser hiperglucémico sin ser glucosúrico. Es común que los mayores tengan glucemia más alta y la glucosuria mínima o leve no suele tratarse con insulina. Aunque las enfermeras no son responsables de prescribir las dosis de insulina, deben saber que en pacientes de edad avanzada las necesidades son individuales. Las respuestas a diversas concentraciones de insulina deben observarse con cuidado e informarse al médico.

Muchos pacientes diabéticos deben realizarse la prueba de glucemia por el método de pinchazo en el dedo. Debe instruírseles sobre esta técnica y es preciso que demuestren competencia para realizarla. Lo más probable es que la técnica de pinchazo en el dedo sea sustituida en el futuro cercano por un dispositivo de infrarrojo que determina la glucemia midiendo la absorción de la luz por el organismo. El paciente coloca un dedo dentro de un pequeño medidor que proyecta un haz de infrarrojo a través de la piel. Este método deberá hacer más conveniente e indolora la medición de la glucemia en diabéticos.

La prueba de hemoglobina A1c (también llamada prueba de HbA1c, de hemoglobina glucosilada o de glucohemoglobina) mide la cantidad de hemoglobina glucosilada en la sangre y se emplea para vigilar la eficacia del control de la enfermedad. La hemoglobina glucosilada es una molécula presente en los eritrocitos que se une a la glucosa. La medición de la hemoglobina A1c proporciona una estimación promedio del control de la glucemia del paciente en un período de 6 a 12 semanas; el intervalo normal va del 4% al 6%. Para personas con diabetes, el objetivo es una HbA1c menor del 7%. Esta prueba suele realizarse cada 3 meses.

También es importante vigilar los triglicéridos. Las personas con diabetes tienen riesgo de sufrir el síndrome metabólico, caracterizado por la combinación de valores altos de triglicéridos y bajos de lipoproteína de alta densidad, y obesidad central. El riesgo de muerte prematura por enfermedad cardiovascular es mayor en personas con estos factores. La American Diabetes Association recomienda que las personas con diabetes mantengan sus valores de triglicéridos por debajo de 150 mg/dl.

Ejercicio y nutrición El ejercicio regular es importante para los pacientes diabéticos mayores y tiene múltiples beneficios para la salud, como mejoría de la tolerancia a la glucosa, aumento de la fuerza muscular, disminución de la grasa corporal, mejor consumo máximo de oxígeno y mejora del perfil de lípidos (fig. 27-1). La actividad física a menudo corrige la respuesta del paciente a la insulina durante el período en que se realiza el ejercicio, si éste es suficiente para reducir la frecuencia cardíaca en reposo. Sin embargo, en el individuo diabético, un programa de ejercicio vigoroso o los cambios en uno como éste deben revisarse con el médico para prevenir consecuencias negativas. Por ejemplo, el cambio de ejercicio moderado a vigoroso incrementa la absorción de insulina y eleva el uso de glucosa por los músculos que se

ejercitan, lo que tiene el potencial de provocar hipoglucemia.

FIGURA 27-1 ■ El ejercicio regular aporta múltiples beneficios a la salud de los pacientes diabéticos mayores.

Deben hacerse intentos por mantener un consumo alimentario diario que sea apropiado porque una dosis de insulina se prescribe para cubrir una cantidad específica de alimento. Esto puede ser difícil si el mayor tiene un consumo mínimo de alimentos durante los días hábiles, cuando está solo, pero lo aumenta cuando visita a la familia los fines de semana, o si escatima en comidas cuando los recursos económicos son escasos. Las personas mayores también pueden estar en desventaja al adquirir y preparar comidas adecuadas a causa de sus limitaciones económicas, de energía o sociales. Esto puede interferir en el manejo de la enfermedad. También pueden beneficiarse de otros recursos como comidas a domicilio, cupones para comida, el auxilio de un vecino y otros que permitan ayudar al individuo enfermo. Los factores psicosociales pueden influir de manera consistente en el consumo

alimentario tanto como los factores físicos. La enfermera y el médico deben valorar, planificar y vigilar las necesidades de insulina a la luz de los problemas y el estilo de vida específicos de cada individuo. Los adultos mayores hospitalizados o institucionalizados requieren atención especial a fin de asegurar que el consumo de alimentos sea regular y adecuado.

CONCEPTO CLAVE

Los factores psicosociales pueden alterar el consumo de alimento de un día a otro y afectar las necesidades de insulina.

Una alimentación rica en carbohidratos complejos y fibra controla la liberación de glucosa en el torrente sanguíneo y puede reducir la necesidad de insulina. Es posible que los complementos nutricionales disminuyan el riesgo de complicaciones; entre ellos destacan la vitamina B_6, el ácido fólico, la riboflavina (vitamina B_2), el magnesio, el zinc y el cromo. Algunas plantas con propiedades hipoglucemiantes son arándano, fenogreco, ajo, ginseng y hojas de morera.

PARA REFLEXIONAR

Piense en su horario para comer, hacer ejercicio, dormir y descansar ¿Cuán consistente es su patrón de un día a otro y qué ajustes precisaría si tuviera que vivir con un padecimiento como la diabetes?

Complicaciones

Las personas mayores están sujetas a una larga lista de complicaciones de la diabetes y tienen mayor riesgo de sufrirlas que las más jóvenes. Al parecer la hipoglucemia representa una amenaza superior para los mayores que la cetoacidosis y esto es especialmente problemático debido a la posible presentación de un conjunto diferente de síntomas. Síntomas clásicos como taquicardia, inquietud, transpiración y ansiedad pueden no aparecer en el individuo mayor con hipoglucemia. En cambio, cualquiera de los que se enumeran a continuación tal vez sean la primera indicación del problema: trastornos conductuales, convulsiones, somnolencia, confusión, desorientación, patrones de sueño anómalos, cefalea nocturna, habla farfullante e inconsciencia. La hipoglucemia no corregida puede causar taquicardia, arritmias, infartos al miocardio, accidente cerebrovascular y muerte.

CONCEPTO CLAVE

En lugar de los síntomas clásicos de la hipoglucemia que aparecerían en adultos más jóvenes, los individuos mayores pueden experimentar confusión, conducta anómala, alteración de los patrones de sueño, cefalea nocturna y habla farfullante.

La vasculopatía periférica es una complicación común en el individuo mayor con

diabetes y está influida por la circulación más deficiente y la ateroesclerosis asociada a menudo con la mayor edad. Los síntomas van desde entumecimiento y pulsos débiles hasta infección y gangrena. La enfermera debe identificar y comunicar de inmediato al médico los síntomas de vasculopatía periférica. Educar al paciente sobre el cuidado correcto de los pies y la detección temprana de molestias puede ayudar a reducir el riesgo de este problema; quizá también sea beneficioso visitar a un podólogo. (v. en el cap. 20 una exposición del cuidado de los pies.)

Otro problema vascular significativo de los pacientes mayores con diabetes es la retinopatía con ceguera consecuente. Los individuos hipertensos o que han tenido diabetes durante largo tiempo presentan mayor riesgo de sufrir esta complicación, la cual se acompaña de hemorragia, trastornos de la pigmentación, edema y trastornos visuales.

Muchos pacientes mayores que toman sulfonilureas experimentan hipoglucemia. Muchos factores relacionados con la edad incrementan el riesgo de hipoglucemia, como los cambios en el funcionamiento hepático y renal que alteran el metabolismo y la excreción. El envejecimiento se relaciona con deterioro del sistema nervioso autónomo y reducciones de la actividad de los receptores adrenérgicos, lo que genera una menor respuesta a la hipoglucemia. Esto puede ser peligroso porque las personas mayores a menudo no tienen síntomas de aviso como temblores, sudación y palpitaciones, lo que puede originar convulsiones o coma.

Las interacciones medicamentosas pueden ser una fuente importante de complicaciones para pacientes diabéticos mayores. Los ancianos son usuarios frecuentes de fármacos que se sabe incrementan el riesgo de hipoglucemia, como bloqueadores β, salicilatos, warfarina, sulfonamidas, antidepresivos tricíclicos y alcohol. Las enfermeras deben revisar todos los medicamentos que el paciente usa para identificar aquellos que pueden interactuar con los antidiabéticos. Asimismo, las enfermeras deben considerar hacer preguntas sobre el uso de otros remedios, por ejemplo fitoterapia, que pudieran afectar la glucemia.

Otras complicaciones de índole diversa afectan a los individuos mayores que viven con diabetes. Es posible que el deterioro cognitivo sea una complicación. Los mayores con frecuencia sufren neuropatías, demostradas por sensaciones de hormigueo que avanzan a dolor urticante o punzante; síndrome de túnel del carpo; parestesias; diarrea nocturna; taquicardia; e hipotensión postural. Presentan doble mortalidad que la arteriopatía coronaria y la arterioesclerosis cerebral, y una mayor incidencia que las infecciones de vías urinarias. También tienen mayor riesgo de problemas en los distintos aparatos y sistemas. La detección temprana de complicaciones es esencial y puede ser facilitada por la intervención enfermera y la educación del paciente. El manejo competente del paciente mayor con diabetes es una actividad vital que requiere considerable habilidad y plantea un gran desafío y enorme responsabilidad para la práctica enfermera. El reconocimiento de las diferencias en sintomatología, diagnóstico, manejo y complicaciones es crucial. En el recuadro 27-3 se presentan posibles objetivos del plan de cuidados. Al final de este capítulo se enumeran recursos favorables para pacientes con diabetes.

Hipotiroidismo

Tiroxina (T4) y triyodotironina (T3) son hormonas esenciales producidas por la glándula tiroides. El envejecimiento afecta esta glándula de varias maneras, tales como atrofia moderada, fibrosis, aumento de nódulos coloides y alguna infiltración linfocítica. Aunque la producción de T4 declina con la edad, se cree que es un proceso compensatorio relacionado con la disminución de la utilización de la hormona por los tejidos; las concentraciones séricas de hormonas tiroideas no se modifican significativamente.

Una concentración inferior a la normal de hormona tiroidea en el tejido se reconoce como hipotiroidismo. Su prevalencia aumenta con la edad y es más frecuente en mujeres que en varones. El hipotiroidismo puede ser primario, como resultado de un proceso patológico que destruye la glándula tiroides, o secundario, causado por secreción hipofisaria insuficiente de hormona estimulante de la tiroides (TSH). El hipotiroidismo primario se caracteriza por T4 libre baja o índice de T4 libre bajo con TSH elevada; el hipotiroidismo secundario presenta T4 libre baja o índice de T4 libre bajo con TSH baja. Puede existir un hipotiroidismo subclínico en el cual la persona es asintomática pero tiene TSH elevada y T4 normal. Si se observan síntomas pero TSH, T3 y T4 son normales, revisar la concentración de hormona liberadora de tirotropina (TRH) puede beneficiar al paciente. El valor de TRH es más sensible que los otros valores tiroideos y podría ayudar a revelar un funcionamiento tiroideo incorrecto.

Síntomas

Los síntomas de hipotiroidismo pueden pasarse por alto con facilidad o atribuirse a otros trastornos; entre ellos destacan:

- Fatiga, debilidad y letargo.
- Depresión y desinterés por actividades.
- Anorexia.
- Aumento de peso y cara abotargada.
- Deterioro de la audición.
- Edema periorbitario o periférico.
- Estreñimiento.
- Intolerancia al frío.
- Mialgia, parestesia y ataxia.
- Sequedad cutánea y aspereza capilar.

Tratamiento

El tratamiento incluye reposición de hormona tiroidea con T4 sintética. Al principio se recomienda una dosis baja para evitar la exacerbación de arteriopatía coronaria asintomática que podría ocurrir con la reposición rápida. Se evitan los preparados con tiroides desecado. La medición regular provee retroalimentación sobre la necesidad de ajustar la dosis.

CONCEPTO CLAVE

Inicialmente, la reposición de hormona tiroidea se prescribe a dosis baja y se incrementa de manera gradual bajo estrecha supervisión para prevenir complicaciones cardíacas.

RECUADRO 27-3 Objetivos del plan de cuidados para el paciente con diabetes

Verbalizar la comprensión de la diabetes y su manejo.
Demostrar la técnica apropiada para la administración de antidiabético.
Demostrar el método correcto para medir la glucemia.
Estar libre de signos de hipoglucemia e hiperglucemia.
Describir los signos y síntomas de hipoglucemia y choque insulínico.
Adaptar el manejo de la diabetes al estilo de vida.
Mantener el peso en un nivel apropiado o perder una cantidad de peso especificada.
Iniciar un programa de ejercicio regular.
No presentar lesiones.
Estar libre de infección.
No experimentar problemas de la integridad cutánea.
No presentar complicaciones de la diabetes.

Las medidas que las enfermeras deben apoyar son el plan de tratamiento y la ayuda a los pacientes para el manejo de los síntomas (p. ej., prevención de estreñimiento y suministro de abrigo adicional para compensar la intolerancia al frío). Es importante que los pacientes comprendan que la reposición de hormona tiroidea será probablemente una necesidad de por vida.

Hipertiroidismo

En el otro extremo del hipotiroidismo se encuentra el trastorno conocido como hipertiroidismo. En esta enfermedad, la glándula tiroides secreta cantidades excesivas de hormonas tiroideas. El hipertiroidismo tiene menor prevalencia que el hipotiroidismo en personas mayores y afecta más a las mujeres que a los varones. Una posible causa de hipertiroidismo en pacientes mayores que debe considerarse es el yodo, a menudo por el uso de amiodarona (un fármaco cardíaco que contiene yodo), que se deposita en el tejido y libera yodo a la circulación durante largo tiempo. La amiodarona también puede interferir en el transporte de hormona tiroidea a las células y en el recorrido de metabolismo intracelular de hormona tiroidea (Reed y Wheeler, 2005).

Las pruebas diagnósticas pueden ser poco aclaratorias porque los exámenes de sangre no siempre reflejan hipertiroidismo. Esto es particularmente cierto en el individuo mayor con desnutrición cuyos valores de T3 son bajos debido a su estado nutricional; así, la secreción excesiva hará que la T3 descienda dentro del intervalo normal. El diagnóstico se basa en la evaluación de T4 y T4 libre y TSH, y en la mayor captación de radionúclido en gammagrafías de tiroides.

Síntomas

Los síntomas clásicos de hipertiroidismo son diaforesis, taquicardia, palpitaciones, hipertensión, temblor, diarrea, mirada fija, prolapso palpebral, insomnio, nerviosismo, confusión, intolerancia al calor, aumento del hambre, debilidad de músculos proximales e hiperreflexia. Sin embargo, como en el caso del hipotiroidismo, el hipertiroidismo puede presentarse con síntomas atípicos en adultos mayores. Por ejemplo, es posible que la transpiración no aumente y en la persona con antecedentes de estreñimiento crónico, la diarrea puede manifestar -se como regularización de las evacuaciones intestinales.

Tratamiento

El tratamiento del hipertiroidismo depende de la causa. En la enfermedad de Graves, un trastorno autoinmunitario que ocasiona la producción de un anticuerpo contra el receptor de TSH (que estimula el crecimiento tiroideo y la sobreproducción de hormona tiroidea), o cuando hay un solo nódulo autónomo, el tratamiento suele incluir fármacos antitiroideos o yodo radiactivo. Si la causa subyacente es bocio multinodular tóxico, suele preferirse la cirugía debido a la respuesta tardía e incompleta a los fármacos. El hipotiroidismo es una posible complicación en personas sometidas a cirugía o tratamiento con yodo radiactivo.

Los pacientes con antecedentes de enfermedad tiroidea necesitan vigilancia especial cuando experimentan una enfermedad aguda, una intervención quirúrgica o un traumatismo porque esto puede precipitar tirotoxicosis extrema (tormenta tiroidea). Tal vez se requiera hospitalización para devolver el funcionamiento tiroideo a su intervalo normal.

LLEVANDO LA INVESTIGACIÓN A LA VIDA

TELEVISIÓNY RIESGO DE DIABETES TIPO 2, ENFERMEDAD CARDIOVASCULARY MORTALIDAD POR TODAS LAS CAUSAS: UN METAANÁLISIS

Grontved, A. & Hu, F. B. (2011). Journal of the American Medical Association. 305(23). 2248–2255.

En todo el mundo, ver la televisión (TV) es la actividad diaria más común, además de trabajar y dormir. En Estados Unidos, las personas ven un promedio de 5 h de TV al día. Ver TV se relaciona con disminución de la actividad física, patrones de alimentación no sanos y exposición a publicidad que podría promover conductas no saludables. Inactividad física y patrones de alimentación no sanos son factores de riesgo para diversas enfermedades, como la diabetes tipo 2. Los investigadores de este estudio intentaban cuantificar la relación entre ver TV y riesgo de esos resultados para la salud.

Se realizó un metaanálisis de estudios publicados de 1970 a 2011 para examinar la relación entre ver TV y resultados de salud. Un descubrimiento fue una relación directa entre ver TV y riesgo de diabetes tipo 2, junto con

tasas mayores de enfermedad cardiovascular y obesidad. El riesgo de diabetes aumentó en 20% por cada 2 h adicionales de ver TV.

Es necesario considerar los hábitos de ver TV cuando las enfermeras gerontológicas valoran a personas mayores y educan sobre prácticas sanas. Dado que los patrones anteriormente establecidos, los recursos económicos insuficientes y las oportunidades limitadas para otras formas de entretenimiento son factores que influyen en el tiempo que se pasa ante el televisor, las enfermeras podrían ayudar a los mayores a interesarse por prácticas sanas al auxiliarlos a descubrir actividades recreativas gratuitas o de bajo coste y fácil acceso. También es beneficioso educar a las personas de todas las edades sobre el impacto de la TV en la salud y alentarlas a interesarse por actividades recreativas más sanas.

La cantidad de tiempo que la generación de la posguerra y otras más jóvenes pasan frente al ordenador o la pantalla del teléfono móvil conlleva los mismos riesgos que ver TV durante largo rato. Debe recordarse a estos individuos en proceso de envejecer que esas conductas podrían incrementar su riesgo de diabetes, obesidad y enfermedad cardiovascular; necesitan equilibrar esas conductas con actividad física suficiente para minimizar sus riesgos.

REALIDADES PRÁCTICAS

Al Sr. Vicencio, de 83 años, se le diagnosticó diabetes mellitus. De 1,70 m y 131 kg, su peso excesivo contribuye al problema. Él y su esposa, también obesa, han recibido orientación y educación sobre la necesidad de perder peso y seguir unas prácticas dietéticas adecuadas.

En su primera visita de seguimiento se descubre que el Sr. Vicencio ha aumentado 2 kg de peso. Cuando se le cuestiona, admite que no está siguiendo su plan dietético y en cambio come las pastas, alimentos fritos y pasteles que su esposa continúa cocinando. «Ella es una gran cocinera y me encantan los platillos que prepara», comenta. La Sra. Vicencio, que lo acompaña en su visita, añade: «Ha estado muy preocupado por su diabetes y esos bocadillos ayudan a calmarlo. Después de todo, a nuestra edad la buena comida es uno de los pocos placeres que tenemos».

El expediente indica que al Sr. Vicencio se le ha advertido que tiene problemas circulatorios y visuales que con mayor probabilidad se relacionan con su diabetes, y también esta informado de los riesgos que conlleva el incumplimiento.

¿Cómo podrían ponderarse los deseos y hábitos alimentarios de toda la vida del Sr. Vicencio frente a los riesgos a los que se expone? ¿Qué acciones podrían efectuarse?

EJERCICIOS DE PENSAMIENTO CRÍTICO

1. Referir las razones para emplear diferentes normas al interpretar los resultados de las pruebas de tolerancia a la glucosa en personas mayores.

2. Describir los desafíos para el bienestar físico y psicosocial a los que se enfrenta el paciente mayor diabético.
3. ¿De qué maneras el envejecimiento y los cambios relacionados afectan la presentación de los síntomas y los riesgos relacionados con la diabetes y la enfermedad tiroidea?
4. Diseñar un plan de educación para la persona con hiperlipidemia que incluya terapias naturales y alternativas/complementarias.

RECURSOS

American Diabetes Association
http://www.diabetes.org
American Heart Association
http://www.americanheart.org
National Diabetes Education Program
http://www.ndep.nih.gov
National Diabetes Information Clearinghouse
http://www.diabetes.niddk.nih.gov

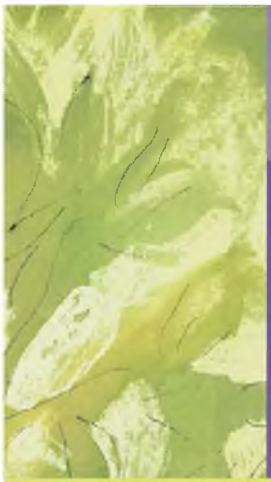
REFERENCIAS

Monami, M., Luzzi, C., Lamanna, C., Chiasserini, V., Adante, F., Desideri, C. M., Mannucci, E., et al. (2007). Three-year mortality in diabetic patients treated with different combinations of insulin secretagogues and metformin. *Diabetes/Metabolism Research Review, 22(6)*, 477–482.

Reed, J. R., & Wheeler, S. F. (2005). Hyperthyroidism: Diagnosis and treatment. *American Family Physician*, August 15, 2005. Retrieved May 12, 2008 from http://www.aafp.org/afp/2005/0815/p623.html

LECTURAS RECOMENDADAS

Las lecturas recomendadas relacionadas con este capítulo pueden encontrarse en el sitio web que acompaña al libro. Visítese **http://thepoint.lww.com/espanol Eliopoulos8e** para acceder a las lecturas recomendadas y otros recursos adicionales vinculados con este capítulo.



CAPÍTULO 28

Funcionamiento tegumentario

RESUMEN DEL CAPÍTULO

Efectos del envejecimiento en el tegumento

Promoción de la salud tegumentaria

Trastornos tegumentarios frecuentres

- Prurito.
- Queratosis.
- Queratosis seborreica.
- Cáncer de piel.
- Lesiones vasculares.
- Úlceras por presión.

Consideraciones enfermeras generales para trastornos del tegumento

- Promoción de la normalidad.
- Uso de terapias complementarias.

Quizá los efectos más claros del envejecimiento son los cambios que ocurren en el sistema tegumentario. Además de los efectos del envejecimiento, las prácticas de salud mantenidas a lo largo de la vida influyen en gran medida en el estado del tegumento en la edad avanzada que, a su vez, repercute en la salud general de las personas mayores. En otras palabras, los problemas que afectan otros aparatos y

sistemas pueden deberse a falta de salud del sistema tegumentario. Dado que las enfermeras gerontológicas a menudo establecen un contacto más profundo con los adultos mayores que los otros profesionales de la salud, tienen un importante cometido para promover la salud cutánea e identificar signos de problemas.

OBJETIVOS DE APRENDIZAJE

Después de estudiar este capítulo, el lector será capaz de:

1. Resumir los efectos del envejecimiento en la piel.
2. Enumerar prácticas que promueven la salud de la piel en adultos mayores.
3. Describir los signos de prurito, queratosis, queratosis seborreica, cáncer de piel, dermatitis por inmovilidad y úlcera por presión en personas mayores y los cuidados enfermeros correspondientes.
4. Discutir medidas que ayudan a los pacientes mayores a afrontar los problemas de la piel y a sentirse de manera normal.
5. Identificar terapias complementarias que promueven la salud cutánea en adultos mayores.

CONCEPTOS BÁSICOS

Epidermis: capa más externa de la piel.

Fotoenvejecimiento (elastosis solar): cambios cutáneos que resultan de la exposición a rayos ultravioletas.

Manchas mongólicas: zonas irregulares más pigmentadas (parecidas a equimosis) que se observan en nalgas, espalda baja o menos a menudo en brazos, abdomen y piernas; tienen mayor prevalencia en personas con ancestros africanos, asiáticos o nativos estadounidenses.

Melanocitos: células epidérmicas que dan su color a la piel.

Prurito: comezón.

Queratosis: pequeñas lesiones benignas de tono claro en la epidermis.

Turgencia: elasticidad.

Úlcera por presión: lesión localizada de la piel, el tejido subyacente o ambos secundaria a presión sola o combinada con fuerza cizallante o fricción.

EFECTOS DEL ENVEJECIMIENTO EN EL TEGUMENTO

Líneas de expresión y arrugas, engrosamiento de las uñas y encanecimiento son recordatorios constantes del proceso de envejecimiento. Son resultado de cambios comunes de la edad en el sistema tegumentario que incluyen aplanamiento de la unión dermoepidérmica, reducción del espesor y la vascularidad de la dermis, menor velocidad de recambio epidérmico, degeneración de fibras elásticas, mayor aspereza

del colágeno, disminución de los melanocitos (células pigmentarias que dan al cabello su color), atrofia de los bulbos capilares y declinación de la velocidad de crecimiento de cabello y uñas. El aumento en la fragilidad de la piel plantea desafíos a los mayores y sus cuidadores en el sentido de que aumenta el riesgo de desgarros, equimosis, ulceración e infecciones cutáneos. Además, los efectos que el envejecimiento de este sistema tiene en el aspecto externo son signos muy visibles del proceso de envejecimiento general, que se acompañan de la afectación de la imagen corporal, el autoconcepto, las reacciones de otros, la socialización y otros factores psicosociales.

PROMOCIÓN DE LA SALUD TEGUMENTARIA

Algunas medidas generales ayudan a prevenir y manejar problemas dermatológicos en personas mayores. Es importante evitar agentes desecantes, ropa áspera, ropa de cama muy almidonada y otros objetos que irritan la piel. La nutrición e hidratación adecuadas de la piel pueden promoverse con actividad, aceites para baño, lociones y masajes. Si bien es importante la limpieza cutánea, el baño excesivo conlleva riesgos para la piel; los baños parciales con esponja a diario y los baños completos cada 2 o 3 días son suficientes para el anciano promedio. Es aconsejable la atención y el tratamiento de prurito y lesiones cutáneas para prevenir irritación, infección y otros problemas.

La exposición a los rayos ultravioletas daña la piel, causando un trastorno llamado *elastosis solar* o *fotoenvejecimiento*. La pérdida de elasticidad y el arrugamiento de la piel caracterizan este envejecimiento prematuro inducido por el sol. Los individuos de piel clara, que se queman con facilidad al exponerse al sol, están en riesgo particularmente alto de este trastorno. Los cambios cutáneos relacionados con la exposición a radiación ultravioleta pueden no ser evidentes en años; por lo tanto, la práctica de los baños solares en la juventud afecta el estado de la piel a mayor edad. Los bloqueadores solares son útiles para protegerla; el factor de protección solar (FPS) necesario depende de la facilidad con que la piel se quema y podría variar entre 15 o más para personas muy sensibles, hasta 4 a 6 en personas que rara vez se queman y que se broncean con facilidad. Las enfermeras deben recordar a los pacientes que incluso en días nublados puede ocurrir daño cutáneo porque los rayos ultravioletas traspasan las nubes.

Dado el aumento en la prevalencia de cáncer de piel en la edad avanzada, es conveniente educar a los mayores para que inspeccionen su piel en busca de anomalías. Las enfermeras deben alentar a los adultos mayores a examinarse todo el cuerpo, con especial atención a molas (lunares), que podrían indicar posibles carcinomas. Para ayudarles a recordar los signos que deben alertarles, las enfermeras pueden enseñarles el ABCD para la detección de molas peligrosas:

A—Asimetría: si una mola no es redonda o simétrica, o si una mitad de la mola no es igual a la otra, ello podría ser un signo de melanoma.

B—Bordes irregulares: las molas cancerosas tienen bordes irregulares (desiguales, rasgados, indentados o difusos).

C—Color: el color típico de una mola es siempre castaño uniforme. Una mola que ha cambiado de color con el tiempo o tiene distintos tonos de castaño, pardo y negro puede ser cancerosa. Si el melanoma ha avanzado, la mola puede tornarse roja, azul o blanca.

D—Diámetro: las molas cancerosas pueden tener más de 6 mm de diámetro (el diámetro de un borrador de lápiz).

Otras variaciones de las molas que podrían indicar melanoma son aumento de altura desde la superficie cutánea, ya sea en sentido horizontal o vertical; un cambio en la sensación, como prurito, sensibilidad o dolor; y la tendencia a sangrar si se rasca. Conocer estos signos ayuda a los individuos mayores a ser proactivos en el cuidado de su salud y obtener evaluaciones y tratamiento cuando los problemas aún se encuentran en una fase temprana.

Aunque menos graves que la posibilidad de cáncer de piel, los trastornos del tegumento que afectan la imagen corporal son otro aspecto a considerar en la promoción de la salud. Todos los individuos deben ser alentados a esforzarse por tener la mejor imagen posible. Sin embargo, los esfuerzos por evitar los resultados normales del proceso de envejecimiento quizá sean infructuosos y frustrantes. A veces, dinero que pudo haberse destinado a necesidades más básicas se invierte en intentos de desafiar la realidad. La enfermera debe insistir a las personas jóvenes y mayores que ninguna crema, loción o medicamento milagroso eliminará las arrugas o líneas de expresión ni devolverá la piel juvenil. Al aclarar ideas erróneas acerca de los productos rejuvenecedores, la enfermera puede alentar el uso de cosméticos para proteger la piel y mantener un aspecto atractivo; pueden obtenerse muchos beneficios de esta práctica.

CASO A CONSIDERAR

La Sra. J., de 70 años, es una mujer atractiva y bien vestida que parece más joven. Menciona que enviudó meses antes y que ha comenzado a tener citas. «Tiendo a sentirme atraída por hombres más jóvenes y a muchos de ellos les gusta estar con una mujer madura», comenta. «Me hicieron un estiramiento facial cuando tenía 55 años y quedó estupendo, así que estoy pensando en someterme a otro para volver a lucir joven.»

PENSAMIENTO CRÍTICO

- ¿Cómo puede respondérsele a la Sra J.?
- ¿Qué consejo podría dársele?

Como cada vez más individuos en proceso de envejecer buscan la cirugía estética, es conveniente que las enfermeras gerontológicas estén informadas sobre los diversos tipos de intervenciones quirúrgicas. Las enfermeras también pueden ayudar a localizar a cirujanos plásticos competentes. Debe advertirse a los pacientes que no todos los cirujanos están capacitados en cirugía estética y que han resultado algunas complicaciones desafortunadas de la realización de esta cirugía o la inyección de colágeno o silicona por personas sin capacitación. Las enfermeras también deben explorar las razones por las cuales los pacientes buscan la cirugía estética a fin de

asegurarse de que sea una decisión racional y no un síntoma de un problema subyacente, como una depresión o un trastorno neurótico; la orientación y terapia pueden ser una necesidad más acuciante que la intervención quirúrgica en algunas circunstancias. Quizá, a medida que la sociedad acepte y comprenda mejor el proceso de envejecimiento, el deseo de enmascarar sus efectos con cosméticos y cirugía será sustituido por la apreciación de la belleza natural de la edad.

PARA REFLEXIONAR

¿Qué grado de su autoconcepto se basa en su aspecto físico? ¿Cómo anticipa sus reacciones ante las manifestaciones físicas del envejecimiento?

El contacto directo con los pacientes permite al personal enfermero detectar problemas cutáneos que tal vez no sean evidentes para otros profesionales de la salud. Es importante que las enfermeras valoren con regularidad el estado de la piel de los pacientes (Guía de valoración 28-1) e identifiquen diagnósticos enfermeros (tabla Diagnóstico enfermero 28-1) y problemas que requieren atención médica. Ya que los problemas cutáneos no identificados pueden causar complicaciones graves, como nuevas úlceras por presión, la atención minuciosa al estado de la piel es crucial.

DIAGNÓSTICO ENFERMERO

TABLA 28-1 Diagnósticos enfermeros relacionados con problemas dermatológicos

Causas o factores contribuyentes	Diagnóstico enfermero
Alteración del aspecto corporal	Ansiedad
Prurito, infección, úlcera	Dolor agudo
Úlcera, fragilidad cutánea	Riesgo de infección
Fragilidad cutánea	Riesgo de lesión
Cambios con la edad en piel, cabello y uñas; dolor	Trastorno de la imagen corporal
Alteración del autoconcepto por cambios secundarios a la edad, aumento de la fragilidad del epitelio vaginal	Disfunción sexual
Fragilidad cutánea, inmovilidad	Deterioro de la integridad cutánea
Alteración del autoconcepto por cambios relacionados con la edad en el tegumento	Deterioro de la interacción social
Puntos de presión, úlceras	Riesgo de perfusión tisular periférica ineficaz

GUÍA DE VALORACIÓN 28-1
ESTADO DE LA PIEL

OBSERVACIONES GENERALES

Gran parte del estado del sistema tegumentario es evidente a simple vista. Una observación rápida puede ayudar a evaluar color, humedad y limpieza de la piel; presencia de lesiones; estado y arreglo del cabello; y estado de las uñas. Signos como palidez o rubor dan indicios sobre problemas de salud.

ENTREVISTA

Se interroga al paciente acerca de prurito y ardor en la superficie cutánea, pérdida de cabello, mayor fragilidad de las uñas y otros síntomas relacionados con problemas del sistema tegumentario. Asimismo se aprovecha esta oportunidad para revisar las prácticas de baño y lavado del cabello.

EXPLORACIÓN FÍSICA

- *Superficie de la piel.* Se examina toda la superficie de la piel de la cabeza a los pies, incluyendo detrás de las orejas, dentro de los pliegues cutáneos, bajo las mamas y entre los dedos de los pies. El baño y los masajes son buenas oportunidades para inspeccionar la piel durante los cuidados del paciente. Se toma nota de nolas, desgarros, equimosis, cambio de color y cualquier otro dato inusual. Debe tenerse presente que las zonas de presión pueden ser difíciles de detectar en personas de piel oscura.
- *Lesiones.* Se describe cualquier lesión de manera tan específica como sea posible en cuanto a color (p. ej., púrpura, negra, hipopigmentada), configuración (p. ej., lineal, separada, confluente, anular), tamaño (p. ej., profundidad y diámetro), supuración y tipo.
  Algunos términos usados para describir los tipos de lesiones son:
  - *Mácula:* pequeña mancha o despigmentación no palpable.
  - *Pápula:* cambio de color <1/2 cm de diámetro con elevación palpable.
  - *Placa:* grupo de pápulas.
  - *Nódulo:* lesión de 1/2 a 1 cm de diámetro con elevación palpable; puede presentar o no cambio de color.
  - *Tumor:* lesión >1 cm con elevación palpable; puede haber o no cambio de color.
  - *Roncha:* elevación palpable roja o blanca de tamaño variable.
  - *Vesícula:* lesión <1/2 cm de diámetro que contiene líquido y tiene elevación palpable.
  - *Ampolla:* lesión >1/2 cm de diámetro que contiene líquido y tiene elevación palpable.
  - *Pústula:* lesión que contiene líquido purulento; de tamaño variable y elevación palpable.
  - *Fisura:* surco en la piel.
  - *Úlcera:* depresión abierta en la piel, de tamaño variable.
- *Manchas mongólicas.* Debe tenerse presente que muchas personas con ancestros africanos, asiáticos o nativos estadounidenses tienen manchas mongólicas. Éstas son zonas oscuras irregulares (parecidas a equimosis) en nalgas o espalda baja y menos a menudo en brazos, abdomen o piernas.
- *Turgencia cutánea.* Se examina la turgencia cutánea pellizcando con delicadeza diversas zonas de la piel. La turgencia cutánea tiende a ser deficiente en casi todos los adultos mayores; sin embargo, la reducción de la turgencia relacionada con la edad es menor en esternón y frente, por lo que son zonas adecuadas para valorarla.
- *Tolerancia a la presión.* Se valora la tolerancia a la presión inspeccionando un punto de presión después de que el paciente ha estado en la misma posición durante media hora; si hay enrojecimiento, debe programarse el cambio de posición de ese paciente cada media hora. Si no hay enrojecimiento, se permite que el paciente permanezca en la misma posición por 1 h y se inspecciona; si no hay enrojecimiento se incrementa el tiempo en intervalos de media hora hasta un máximo de 2 h.
- *Temperatura.* Se obtiene una estimación de la temperatura de la piel tocando distintas zonas con el dorso de la mano. Se toma nota de frialdad y diferencias de temperatura entre las extremidades.

TRASTORNOS TEGUMENTARIOS FRECUENTES

Prurito

El problema dermatológico más común en adultos mayores es el prurito. Aunque los cambios atróficos por sí solos pueden ocasionar este problema, es posible que cualquier circunstancia que seque la piel de la persona, como baño excesivo y calor seco, produzca prurito. Diabetes, arterioesclerosis, hipertiroidismo, uremia,

enfermedad hepática, cáncer, anemia perniciosa y determinados problemas psiquiátricos también pueden contribuir al prurito. Si no se corrige, tal vez cause rascado traumático, que ocasiona rotura e infección de la piel. Por lo tanto, el reconocimiento oportuno de este problema y el establecimiento de medidas correctoras son esenciales. Si es factible, se corrige la causa subyacente. Se requiere una valoración cuidadosa para asegurarse de que no haya situaciones que demanden precauciones especiales, como sarna. Aceites para baño, lociones humectantes y masaje son de utilidad para tratar y prevenir el prurito. Pueden recomendar se complementos vitamínicos y alimentación rica en vitaminas. La aplicación tópica de óxido de zinc es eficaz para controlar el prurito en algunos individuos. También pueden prescribirse antihistamínicos y esteroides tópicos para un alivio sintomático.

CONCEPTO CLAVE

Baño excesivo y calor seco secan la piel y pueden causar prurito.

Queratosis

Las *queratosis*, también llamadas queratosis actínicas o solares, son lesiones pequeñas de color claro, por lo general gris o pardo, en zonas expuestas de la piel. Es posible que se acumule queratina en estas lesiones, por lo que se forma una proyección cutánea con una base ligeramente enrojecida y tumefacta. Pueden usarse agentes criogénicos y ácidos para destruir las lesiones queratósicas, pero la electrodesecación o la escisión quirúrgica aseguran una eliminación más completa. La vigilancia enfermera precisa en busca de cambios en las lesiones queratósicas es vital porque estas lesiones son precancerosas.

Queratosis seborreica

Las queratosis seborreicas son proyecciones oscuras parecidas a verrugas en la piel (fig. 28-1). Es común que los adultos mayores tengan estas lesiones en diversas partes del cuerpo. Pueden ser tan pequeñas como la cabeza de un alfiler o grandes como una moneda mediana. Tienden a crecer y a multiplicarse con la edad. En las zonas sebáceas de tronco, cara y cuello y en personas con piel grasosa, las lesiones lucen oscuras y aceitosas, en zonas menos sebáceas tienen aspecto seco y color claro. En condiciones normales las queratosis seborreicas no presentan tumefacción o enrojecimiento en su base. A veces la abrasión con una gasa empapada de aceite eliminará queratosis seborreicas pequeñas. Lesiones elevadas más grandes pueden eliminarse con agentes criogénicos o con un procedimiento de raspado y cauterización. Aunque estas lesiones son benignas, la evaluación médica es importante para diferenciarlas de lesiones precancerosas. Además, no debe pasarse por alto en el paciente mayor el beneficio estético de su eliminación.

FIGURA 28-1 ■ Queratosis seborreica (tomada de Rosenthal, T. C., Williams, M. E., and Naughton, B. J. [2007] *Office care geriatrics.* Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins).

Cáncer de piel

Existen tres cánceres de piel principales que son frecuentes en la edad avanzada: carcinoma de células basales o basocelular, carcinoma de células escamosas o escamocelular y melanoma. El carcinoma basocelular, la forma más común de cáncer de piel, crece con lentitud y rara vez metastatiza. Entre los factores de riesgo para su desarrollo están la edad avanzada y la exposición al sol, la radiación ultravioleta y la terapéutica. Ocurre más a menudo en la cara, aunque puede hacer erupción en cualquier parte del cuerpo. Tiende a presentarse como pequeñas elevaciones en forma de arco cubiertas por pequeños vasos sanguíneos que a menudo parecen molas benignas color carne con superficie «aperlada» (fig. 28-2 A). A veces la superficie es oscura en vez de brillante si la masa contiene el pigmento melanina.

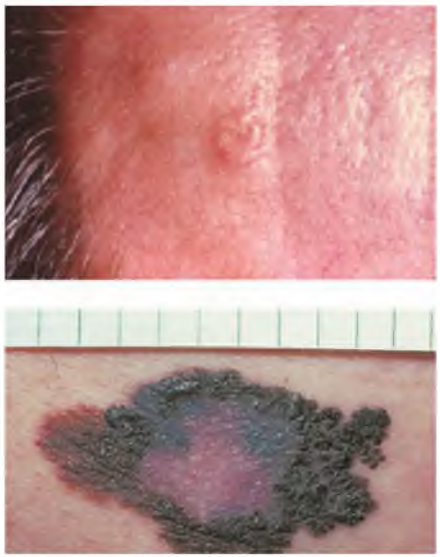


FIGURA 28-2 ■ Tipos comunes de cáncer de piel. (**A**) Carcinoma basocelular. (**B**) Melanoma (tomada de Rosenthal, T. C., Williams, M. E., and Naughton, B. J. [2007]. *Office care geriatrics.* Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins).

Como su nombre implica, el carcinoma escamocelular se origina en las células escamosas de la superficie de la piel, el recubrimiento de las vísceras huecas y las vías respiratorias y digestivas. La exposición al sol es el principal factor que contribuye al desarrollo de este cáncer, aunque algunos factores menos usuales (p. ej., exposición a hidrocarburos, arsénico y radiación) pueden facilitarlo. El carcinoma escamocelular puede ocurrir en tejido cicatrizal y también se relaciona con la supresión del sistema inmunitario. Estos cánceres suelen verse como nódulos firmes del color de la piel o rojos. El carcinoma escamocelular más a menudo permanece en la epidermis pero puede metastatizar; el labio inferior es un sitio común de metástasis.

El melanoma tiende a metastatizar, o propagarse, con mayor facilidad que las otras formas de cáncer de piel, lo que lo hace más letal si no se trata pronto. La incidencia de melanomas se ha incrementado en Estados Unidos debido tal vez a la exposición al sol. Los individuos de piel clara están en mayor riesgo de sufrir melanomas que la población general y la incidencia aumenta con la edad.

Los melanomas pueden clasificarse como sigue:

- *Lentigo maligno.* Esta lesión plana pigmentada de negro, castaño, blanco o rojo ocurre de manera predominante en zonas del cuerpo expuestas al sol. Con el tiempo crece y su pigmentación se hace cada vez más irregular. La edad promedio del diagnóstico es de 67 años.
- *Melanoma de propagación superficial.* La mayoría de los melanomas es de este tipo. La lesión se ve como una placa con pigmentación variable y borde irregular. Puede observarse en cualquier parte del cuerpo. Su incidencia es máxima en la edad madura y se mantiene alta hasta la octava década de vida.
- *Melanoma nodular.* Este melanoma puede encontrarse en cualquier superficie del cuerpo como una pápula de color oscuro que crece con el tiempo.

Las lesiones sospechosas deben evaluarse y someterse a biopsia (fig. 28-2 B). Los melanomas suelen extirparse junto con parte del tejido y la grasa subcutánea circundantes. Algunos médicos recomiendan eliminar todos los ganglios linfáticos crecidos a la palpación. El pronóstico depende de la profundidad del melanoma más que del tipo.

Las enfermeras deben enseñar a los adultos mayores a inspeccionarse en busca de melanomas, identificar pecas con cambios de pigmentación o tamaño y acudir para evaluación de lesiones sospechosas. La detección temprana mejora el pronóstico.

Lesiones vasculares

Los cambios relacionados con la edad pueden debilitar las paredes de las venas y reducir la capacidad de éstas para reaccionar al aumento de la presión venosa. Obesidad y factores hereditarios complican este problema. El debilitamiento de las paredes vasculares causa varices. El retorno venoso deficiente y la congestión

resultante causan edema de las extremidades inferiores, lo que ocasiona nutrición tisular deficiente. En las piernas desnutridas se acumulan detritos, que el retorno venoso no puede eliminar; las piernas se pigmentan, se agrietan y adquieren aspecto exudativo. Puede resultar dermatitis por inmovilidad, un trastorno inflamatorio relacionado con insuficiencia venosa crónica. Rascado o irritación ulteriores, u otro traumatismo (p. ej. a consecuencia de ajuste excesivo de la banda elástica de las medias) que ocurra con dermatitis por inmovilidad fácilmente pueden ocasionar la formación de úlceras en las piernas. Estas llamadas *úlceras por inmovilidad* se producen con frecuencia en el aspecto medial de la tibia arriba del maléolo y, antes de la degradación cutánea, se presentan como oscurecimiento de la piel.

Las úlceras por inmovilidad requieren cuidados especiales para facilitar la curación. Ésta sólo se logra si se controla la infección en su caso y se elimina el tejido necrótico. La nutrición adecuada es un componente importante del tratamiento y se recomienda una alimentación rica en vitaminas y proteína. Una vez que ha ocurrido la curación, deben realizarse esfuerzos para evitar situaciones que promuevan la dermatitis por inmovilidad. Suele ser necesario instruir al paciente acerca de una dieta para perder peso o planear comidas de alta calidad. Puede fomentarse el retorno venoso elevando las piernas varias veces al día y previniendo interferencias a la circulación, como permanecer de pie por largos períodos, sentarse con las piernas cruzadas y usar ropa con elásticos. Tal vez se prescriban medias elásticas las cuales, si bien son eficaces, pueden ser en extremo difíciles de colocar para algunos adultos mayores. Es necesario que la enfermera evalúe la capacidad de la persona para colocarse de manera correcta estas medias y le dé instrucción según precise. Algunos pacientes requieren ligadura y extirpación de venas para prevenir episodios ulteriores de dermatitis por inmovilidad.

Úlceras por presión

Anoxia e isquemia por presión pueden causar necrosis, esfacelación y ulceración de tejido. Esto se conoce comúnmente como úlcera por presión o úlcera por decúbito. En el recuadro 28-1 se describe el sistema recomendado para describir las etapas de las úlceras. Este sistema de estadificación se usa en el instrumento Minimum Data Set para valorar a usuarios de residencias de adultos mayores.

En cualquier parte del cuerpo puede formarse una úlcera por presión, pero los sitios más comunes son sacro, trocánter mayor y tuberosidades isquiáticas (fig. 28-3). Los mayores están en alto riesgo de úlceras por presión porque:

RECUADRO 28-1 Etapas de las úlceras por presión

ETAPA I

Una zona persistente de enrojecimiento cutáneo (sin solución de continuidad en la piel) que no desaparece cuando se alivia la presión.

ETAPA II

Pérdida de grosor parcial de las capas cutáneas que afecta la epidermis y se presenta en clínica como abrasión, ampolla o cráter somero.

ETAPA III

Se pierde un área de espesor completo de piel, que se extiende a través de la epidermis y expone los tejidos subcutáneos; se presenta como un cráter profundo con o sin socavación de tejido adyacente.

ETAPA IV

Se pierde un área de espesor completo de piel y tejido subcutáneo, lo que expone músculo, hueso o ambos; se presenta como un cráter profundo que puede incluir tejido necrótico, exudado, formación de fístulas e infección.

- Su piel es frágil y se daña con facilidad.
- A menudo tienen desnutrición.
- Perciben menos presión y dolor.
- Están en riesgo con mayor frecuencia por estados de inmovilidad y edema, que contribuyen a la degradación cutánea.

Además de que se producen con mayor facilidad en personas mayores, en ellas las úlceras por presión requieren mayor tiempo para sanar que en las más jóvenes. Por tanto, la medida más importante es prevenir su formación; para ello, es esencial evitar la presión continua. Es necesario alentar la actividad o cambiar de posición al paciente que no puede moverse de manera independiente. La tolerancia a la presión del paciente específico (*v.* Guía de valoración 28-1) determina la frecuencia de cambio de posición; un programa de cambio de posición cada 2 h puede no ser suficiente para todas las personas y con ese protocolo pueden producirse úlceras por presión. Las fuerzas cortantes o cizallantes (que hacen que dos capas de tejido se desplacen en sentidos opuestos rozándose) deben prevenirse no elevando la cabecera de la cama a más de 30°, no permitiendo que los pacientes se deslicen en la cama y levantándolos en vez de arrastrarlos al desplazarlos. El uso de almohadas, almohadillas de flotación, colchones de presión alternante y camas de agua aminora la presión que se ejerce en prominencias óseas. Sin embargo, debe enfatizarse que estos dispositivos no eliminan la necesidad de cambios de posición frecuentes. Cuando se sienten en una silla, debe sugerirse a los pacientes que se muevan y ayudárseles a desplazar su peso a intervalos determinados. Son útiles los protectores de lana de cordero y para los talones para prevenir la irritación de las prominencias óseas. La enfermera debe asegurarse de que las sábanas se mantengan libres de arrugas y revisar la cama con frecuencia en busca de objetos extraños, como jeringas y utensilios, que pueden quedar bajo el paciente sin que éste lo advierta.

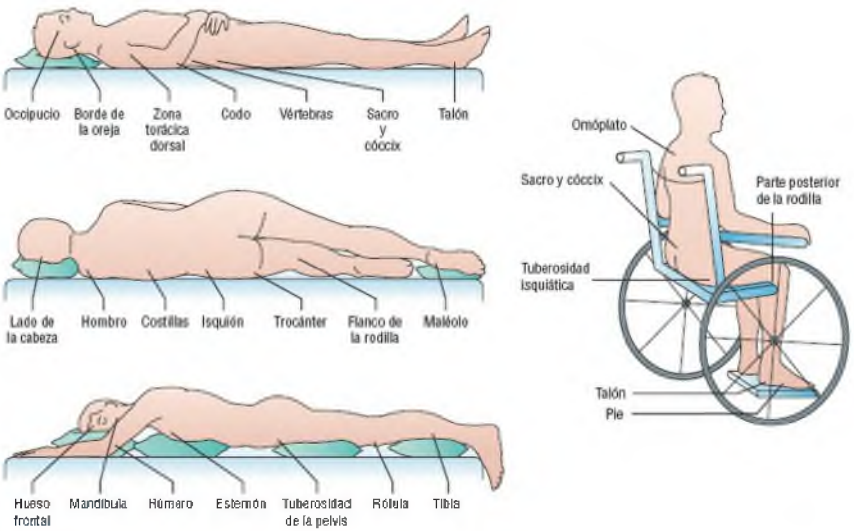


FIGURA 28-3 ■ Sitios comunes de llagas por presión en las posiciones de decúbito y sedente (tomada de Miller, C. [2009] *Nursing for wellness in older adults.* [5th ed.] Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins).

CONCEPTO CLAVE

Algunos pacientes mayores desarrollan signos de úlceras por presión, incluso con un programa de cambio de posición cada 2 h, y requieren recolocación más frecuente.

También es esencial una alimentación rica en proteína y vitaminas para mantener y mejorar la salud tisular a fin de evitar las úlceras por presión. El cuidado correcto de la piel es otro componente esencial de la prevención. La piel debe mantenerse limpia y seca; secar al paciente por golpeteo evitará la irritación causada al frotar la piel con una toalla. Los aceites para baño y las lociones, usados de manera profiláctica, ayudan a mantener la piel suave e intacta. El masaje de prominencias óseas y los ejercicios de arco de movimiento promueven la circulación y ayudan a mantener la nutrición apropiada de los tejidos. La persona con incontinencia debe asear se de manera exhaustiva con agua y jabón, y secarse después de cada episodio para evitar la degradación de la piel por excretas irritantes. Una vez que se notan indicios de una úlcera, se requiere intervención enérgica para evitar los múltiples riesgos relacionados con este trastorno de la integridad cutánea. Las medidas terapéuticas dependen del estado de la úlcera por presión identificado por los siguientes signos:

- *Hiperemia.* El enrojecimiento de la piel ocurre con rapidez y puede desaparecer pronto si se elimina la presión. No hay solución de continuidad y los tejidos subyacentes permanecen suaves. Es útil aliviar la presión mediante el uso esponja

adhesiva; es recomendable proteger la piel con un apósito o parche de hidrocoloides naturales antes de aplicar el adhesivo.

- *Isquemia*. Ocurre enrojecimiento de la piel tras 6 h de presión continua y a menudo se acompaña de edema e induración. Pueden requerirse varios días para que esta zona recupere su color normal, tiempo en el cual tal vez aparezca una ampolla en la epidermis. La piel debe protegerse con un apósito de hidrogel, que contiene agua y mitiga las molestias locales. Si hay una solución de continuidad, debe limpiarse a diario con una solución salina normal o el producto sugerido por la institución.
- *Necrosis*. La presión continua durante más de 6 h puede causar ulceración con una base necrótica. Este tipo de llaga requiere un apósito transparente que proteja contra bacterias pero sea permeable a oxígeno y vapor de agua. Es esencial la irrigación abundante durante los cambios de apósito. A veces se usan antibióticos tópicos. La curación completa puede tardar semanas a meses.
- *Ulceración*. Si la presión no se alivia, la necrosis se extenderá por la aponeurosis y tal vez hasta el hueso. A menudo hay una escara, que es una costra coagulada gruesa, y la destrucción ósea e infección son posibles. A menos que se elimine la escara, el tejido subyacente continuará degradándose, por lo que el desbridamiento es esencial.

Puesto que el riesgo de úlceras por presión es alto en los pacientes mayores, es prudente que las enfermeras gerontológicas valoren el riesgo de úlceras por presión del paciente al ingreso o en el primer contacto. Varias herramientas que se han usado durante décadas pueden ayudar a la valoración objetiva del riesgo de úlceras por presión, como la escala de Braden (Bergstrom, Allman y Carlson, 1994) y la escala de Norton (Norton, McLaren y Exton-Smith, 1962). La Pressure Sore Status Tool (PSST) (Bates-Jensen, 1996) es un instrumento para valorar y vigilar úlceras por presión existentes a partir de 13 índices (p. ej., tamaño, exudado, tejido necrótico, edema y granulación). Dependiendo de la población de pacientes que se atienda y de los tipos de entorno clínico, las instituciones pueden crear sus propios instrumentos para valorar el riesgo de úlceras por presión y vigilarlas.

CONSIDERACIONES ENFERMERAS GENERALES PARA TRASTORNOS DEL TEGUMENTO

Promoción de la normalidad

El apoyo psicológico puede ser especialmente importante para el paciente con un problema dermatológico. A diferencia de los trastornos respiratorios, cardíacos y de otros tipos, los problemas dermatológicos a menudo tienen un aspecto desagradable para el paciente y para los demás. Es posible que los visitantes y el personal eviten de manera innecesaria tocar al paciente y estar con él a causa de sus problemas cutáneos. La enfermera puede tranquilizar a los familiares acerca de la seguridad del contacto con el paciente y proporcionar enseñanza sobre las precauciones especiales que deban tomarse. El hecho más importante en que debe insistirse es que el paciente sigue

siendo persona, con necesidades y sentimientos normales, y que apreciará las interacciones y el contacto normales.

A muchos adultos mayores les preocupan los signos visibles del envejecimiento reflejados en sus arrugas. A las personas de todas las edades debe indicárseles que las arrugas pueden prevenirse evitando la exposición excesiva al sol y usando un filtro solar. Existen productos de aplicación tópica (p. ej., α-hidroxiácidos o β-hidroxiácidos) que pueden reducir las arrugas. Dada la extensa publicidad de la cirugía estética, algunas personas mayores consideran esta opción para tener un aspecto más juvenil de la piel; debe aconsejárseles que busquen a especialistas reconocidos con experiencia en esas intervenciones.

Uso de terapias complementarias

Durante siglos se han empleado diversas plantas para tratar problemas de la piel. En la actualidad ese uso continúa, como lo evidencian las cremas, lociones y champúes que contienen sábila, manzanilla y otras plantas. La sábila tiene propiedades emolientes en uso externo y muchas personas la encuentran útil para tratar cortes y quemaduras menores. La aplicación externa de extracto de manzanilla se utiliza en caso de inflamación cutánea. Desde hace mucho tiempo se ha usado hamamelis por sus efectos astringentes y se aplica externamente para tratar equimosis y tumefacción.

También se recurre cada vez más a los aceites esenciales para la prevención y el tratamiento de problemas cutáneos, por ejemplo aceite de tomillo como antiséptico, linalol de tomillo y aceite de palo de rosa tópicos en acné, aceite de romero para la regeneración celular y aceites de albahaca, canela, ajo, espliego, limón, salvia, ajedrea y tomillo para mordeduras y picaduras de insectos. La aplicación tópica de aceite de hierbabuena podría tener un efecto antiinflamatorio y acelerar la curación de heridas y quemaduras leves.

Algunos remedios homeopáticos y naturopáticos están usándose para tratar erupciones cutáneas, al igual que acupuntura. Biorretroalimentación, imaginación guiada y relajación ayudan a controlar los síntomas de algunos trastornos dermatológicos.

Existe la creencia de que los complementos nutricionales también pueden ser benéficos para trastornos cutáneos; los que más se recomiendan son zinc, magnesio, ácidos grasos esenciales y vitaminas A, complejo B, B_6 y E. Las enfermeras deben alentar a los pacientes a discutir el empleo de terapias complementarias con su médico.

LLEVANDO LA INVESTIGACIÓN A LA PRÁCTICA

VALIDEZ PREDICTIVA DE LA ESCALA DE BRADEN PARA RIESGO DE ÚLCERAS POR PRESIÓN EN PACIENTES MAYORES USUARIOS DE RESIDENCIAS PARA ENFERMOS CRÓNICOS

De Souza, D. M. S. T., de Gouveia Santos, V. L. C., Iri, H. K., Oguri, M. Y. S. (2010). Geriatric Nursing, 31(2), 95–104.

La Escala de Braden se creó a finales de la década de 1980 como un instrumento para identificar riesgo de úlceras por presión. Está formada por seis subescalas: percepción sensorial, actividad, movilidad, humedad, nutrición y fricción y cizallamiento. La suma de los puntajes da una calificación entre 6 y 23, en la que el valor más bajo indica un mayor riesgo.

Aunque la Escala de Braden se sometió a prueba y se demostró que tiene valor predictivo, se han realizado pocos estudios sobre su capacidad para predecir riesgo de úlcera por presión en ancianos usuarios de residencias para enfermos crónicos. En este estudio se exploró el valor predictivo de dicha escala en esta población. Un grupo de estos pacientes en alto riesgo se comparó con el grupo total. Cada residente se sometió a examen cutáneo completo y a la Escala de Braden cada 2 días por 3 meses.

Evidencia sólida apoya la validez y confiabilidad de la Escala de Braden, y los resultados de este estudio fueron consistentes con los de estudios previos. Aunque en ensayos anteriores se identificó que puntajes de corte de 19 eran predictivos para úlceras por presión, en la presente investigación se encontraron menores puntajes de corte en los usuarios mayores de residencias para enfermos crónicos que estaban en riesgo de úlceras por presión.

Las enfermeras deben asegurarse de que los instrumentos usados para predecir riesgo se hayan probado y puedan emplearse con confianza. La Escala de Braden es un instrumento confiable, con base en el presente estudio y otros previos. Este ensayo también hace recordar que los instrumentos de valoración deben probarse en poblaciones especiales (p. ej., residencias para enfermos crónicos y unidades de cuidados intensivos) para asegurar su validez y confiabilidad universales.

REALIDADES PRÁCTICAS

Una enfermera que trabaja en una unidad de cuidados intensivos advierte que si bien el personal de enfermería está muy capacitado para la vigilancia de los pacientes y el suministro de tratamientos complejos, también está menos atento al cambio de posición de los enfermos y la verificación del estado de la piel. No es raro que los pacientes mayores sufran úlceras por presión durante su estancia en la unidad. Menciona esto a una de las enfermeras, quien responde: «Ése es el menor de sus problemas. Nuestra preocupación es mantenerlos vivos.»

Aunque ella reconoce las complejidades de la atención suministrada, sigue creyendo que no debe permitirse que los pacientes sufran úlceras por presión mientras estén en la unidad.

¿Qué puede hacer para abordar este tema al tiempo que mantiene la armonía con sus colegas?

EJERCICIOS DE PENSAMIENTO CRÍTICO

1. Discutir las implicaciones psicosociales de las úlceras por presión y el

melanoma maligno.
2. Describir el método para determinar un programa de cambios de posición individualizado.
3. Desarrollar un protocolo para la prevención de las úlceras por presión.

RECURSOS

Agency for Healthcare Research and Quality

Pressure Ulcers in Hospitals: A Toolkit for Improving Quality of Care
http://www.ahrq.gov/research/ltc/pressureulcertoolkit/
American Academy of Facial and Reconstructive Plastic Surgery
http://www.aafprs.org/patient/procedures/proctypes.html
American Cancer Society
http://www.cancer.org
Braden Scale for Predicting Pressure Ulcer Risk
http://www.in.gov/isdh/files/Braden_Scale.pdf
National Arthritis and Musculoskeletal and Skin Diseases Information Clearinghouse
http://www.nih.gov/niams
National Pressure Ulcer Advisory Panel
http://npuap.org
Skin Cancer Foundation
http://www.skincancer.org
Wound, Ostomy, and Continence Nursing Society
http://www.wocn.org

REFERENCIAS

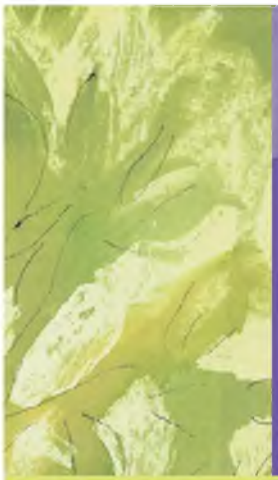
Bates-Jensen, B. M. (1996). *Why and how to assess pressure ulcers.* Presented at the Ninth Annual Symposium on Advanced Wound Care, Atlanta, April 20, 1996.

Bergstrom, M., Allman, R. M., & Carlson, E. D. (1994). *Treatment of pressure ulcers.* Clinical Practice Guideline No. 15, AHCPR Pub No 95-0652. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, Agency for Health Care Policy and Research.

Norton, D., McLaren, R., & Exton-Smith, A. N. (1962). *An investigation of geriatric nursing problems in the hospital.* London: National Corporation for the Care of Old People.

LECTURAS RECOMENDADAS

Las lecturas recomendadas relacionadas con este capítulo pueden encontrarse en el sitio web que acompaña al libro. Visítese **http://thepoint.lww.com/espanol-Eliopoulos8e** para acceder a las lecturas recomendadas y otros recursos adicionales vinculados con este capítulo.



CAPÍTULO 29

Funcionamiento inmunitario

RESUMEN DEL CAPÍTULO

Efectos del envejecimiento en el funcionamiento inmunitario

Promoción de la salud inmunitaria

- Alimentación.
- Ejercicio.
- Inmunización.
- Manejo del estrés.
- Conexión cuerpo-mente.
- Uso cuidadoso de antibióticos.

El organismo se ve expuesto a muchas bacterias en el transcurso de un día promedio y, sin embargo, no adquiere una enfermedad infecciosa con cada exposición. La capacidad del organismo para protegerse se debe a la eficacia del sistema inmunitario. No obstante, la *inmunosenescencia*, o sea la declinación del funcionamiento del sistema inmunitario con la edad, incrementa la susceptibilidad del organismo a las infecciones y reduce la intensidad de la respuesta inmunitaria. Además, la alta prevalencia de trastornos crónicos en la edad avanzada facilita la invasión por agentes infecciosos y la frecuencia elevada de hospitalización e institucionalización incrementa la exposición a agentes patógenos. El resultado es que en los adultos mayores las enfermedades infecciosas suelen ser más graves que en personas más jóvenes. En la atención enfermera en gerontología es esencial fortalecer el sistema

inmunitario del individuo mayor y protegerlo ante factores que promueven infecciones.

OBJETIVOS DE APRENDIZAJE

Después de estudiar este capítulo, el lector será capaz de:

1. Enumerar cambios importantes que ocurren en el funcionamiento inmunitario como resultado del envejecimiento.
2. Referir métodos naturales para promover la salud inmunitaria.
3. Describir los riesgos relacionados con el uso incorrecto de antibióticos.

CONCEPTOS BÁSICOS

Anticuerpo: proteína producida en el sistema inmunitario que ataca los antígenos.
Antígeno: sustancia ajena al organismo que lo invade.
Autoinmunidad: cuando el sistema inmunitario ataca el propio organismo.
Inmunosenescencia: disfunción de la respuesta inmunitaria con la edad.
Macrófago: célula inmunitaria que devora sustancias extrañas y tejido muerto por fagocitosis.
Respuesta inflamatoria: reacción del organismo a la infección, que por lo general produce enrojecimiento, calor y tumefacción del tejido afectado.

CONCEPTO CLAVE

La declinación con la edad del funcionamiento del sistema inmunitario, conocida como *inmunosenescencia*, incrementa la susceptibilidad a infecciones.

EFECTOS DEL ENVEJECIMIENTO EN EL FUNCIONAMIENTO INMUNITARIO

En términos simples, el sistema inmunitario funciona como sigue:

1. Un antígeno (p. ej., una bacteria invasora) penetra en el organismo.
2. Un macrófago ataca el antígeno y retiene parte de la proteína del antígeno en su superficie.
3. El macrófago lleva los marcadores proteínicos hacia tejido linfático, donde linfocitos T los interpretan como ajenos.
4. Estimulado por esta actividad, un glóbulo blanco llamado linfocito B produce anticuerpos que atacan los antígenos.

Este proceso se denomina reacción antígeno-anticuerpo. Cuando el organismo se expone a un antígeno, almacena información en su sistema de memoria para usarla en el futuro a fin de proteger el organismo. (Este es el principio en que se basa la

vacunación.) Cuando funciona de manera óptima, el sistema inmunitario opone resistencia a la infección y mantiene la salud.

El sistema inmunitario cambia con la edad y existen algunas diferencias en el modo en que reacciona en personas mayores. La glándula timo se encoge de manera progresiva con la edad, aunque el número de linfocitos T y B en la circulación no disminuye en grado significativo; sin embargo, aumenta la cantidad de linfocitos T inmaduros en el timo y la sangre. El funcionamiento de estas células disminuye, con el resultado de una menor respuesta a los antígenos secundaria a decrementos en la inmunidad celular y la humoral. La inmunidad celular es deficiente. La incapacidad de muchos mayores para producir una reacción de hipersensibilidad tardía cutánea (p. ej., en una prueba de tuberculina) se relaciona conesto. La concentración total de inmunoglobulinas (Ig) en la sangre no se modifica en grado significativo con la edad, aunque ocurren cambios en la distribución sérica de IgA e IgG, que aumentan, y en la de IgM e IgD, que disminuyen. Se observa una respuesta de anticuerpos a las vacunas contra neumococos, gripe y tétanos (aunque éstas aún se recomiendan para personas mayores). La piel pierde macrófagos (células de Langerhans) y cuando esto se combina con menor espesor y circulación cutáneos, la consecuencia es el debilitamiento de las defensas locales contra las infecciones.

CONCEPTO CLAVE

La incapacidad de muchos individuos mayores para mostrar una respuesta de hipersensibilidad tardía en la piel modifica los resultados de las pruebas cutáneas.

PROMOCIÓN DE LA SALUD INMUNITARIA

Las intervenciones enfermeras son esenciales para establecer prácticas de salud que estimulan la inmunidad a fin de compensar el menor funcionamiento inmunitario de las personas mayores y la alta prevalencia de trastornos de salud que elevan el riesgo de infecciones. Algunas intervenciones que podrían ser útiles se consideran en las siguientes secciones y se describen en el Razonamiento del diag nóstico enfermero: riesgo de infección.

Alimentación

Además de mantener un buen estado nutricional, las personas mayores pueden consumir alimentos que mejoren su inmunidad; algunos de ellos son leche, yogur, requesón bajo en grasa, huevos, frutas y hortalizas frescas, nueces, ajo, cebolla, germinados, miel pura y compotas no azufradas. También es útil el consumo diario de un complemento de múltiples vitaminas y minerales; en el recuadro 29-1 se enumeran nutrientes específicos con efectos de refuerzo de la inmunidad. El consumo de carbohidratos refinados, grasas saturadas y poliinsaturadas, cafeína y alcohol debe ser limitado.

El ayuno, o sea la abstinencia de alimentos sólidos durante 1 a 2 días, es cada vez

más popular como una manera de promover la salud y la curación. Los efectos del ayuno en el sistema inmunitario incluyen (Muller, 2001; Steinman, Conlin, Maki y Foster, 2003):

RECUADRO 29-1 Nutrientes con efectos de refuerzo de la inmunidad

Proteína	Magnesio
Vitaminas A, E, B_1, B_2, B_6, B_{12}, C	Manganeso
Ácido fólico	Selenio
Ácido pantoténico	Zinc
Hierro	

- Aumento de actividad de los macrófagos, concentraciones de Ig y actividad antibacteriana de los neutrófilos.
- Mejora de inmunidad celular, capacidad de los monocitos para destruir bacterias y actividad de linfocitos citolíticos naturales.
- Disminución de radicales libres y daño oxidativo.

Para la mayoría de las personas, no hay riesgo por pasar 1 o 2 días sin alimento; sin embargo, es esencial valorar el estado de salud antes de comenzar una dieta, porque el ayuno puede modificar algunas alteraciones de salud y necesidades de medicación. Además, es imprescindible mantener un consumo adecuado de líquidos durante el ayuno.

PARA REFLEXIONAR

¿Qué tipos de prácticas realiza usted que fortalezcan su sistema inmunitario y le protejan contra infecciones?
¿Qué puede hacer para mejorarlo?

Ejercicio

Cualquier tipo de actividad física regular puede favorecer el funcionamiento inmunitario. Ejercicios como yoga y t'ai chi son de bajo impacto y tienen un efecto positivo en la inmunidad. Hay ejercicios que benefician a personas con diversos niveles de funcionamiento físico y las enfermeras pueden ayudarles a diseñar un programa de ejercicio regular adecuado para sus necesidades específicas (*v.* en capítulo 24 más información sobre actividad física y ejercicio).

Inmunización

Las inmunizaciones generales recomendadas para personas mayores, excepto si están contraindicadas, incluyen:

- Vacuna de polisacárido neumocócico: una vez en la vida a menos que la vacunación primaria se haya realizado cinco años o más antes de cumplir 65 años de edad.
- Vacuna contra la gripe: anualmente.
- Vacuna contra herpes zóster: una vez en la vida a menos que haya antecedente de herpes zóster.
- Toxoides tetánico y diftérico: cada 10 años.

Si tienen riesgo significativo de exposición y carecen de la inmunidad resultante de haber contraído la enfermedad o haber sido vacunado, las personas mayores deben inmunizarse contra:

RAZONAMIENTO DEL DIAGNÓSTICO ENFERMERO

RIESGO DE INFECCIÓN

Generalidades

El término riesgo de infección implica que un individuo tiene el potencial de adquirir una infección como resultado de factores como la edad, el lugar de residencia, el estilo de vida y el estado de salud.

Factores causales o contribuyentes

Disminución del funcionamiento del sistema inmunitario, alta prevalencia de trastornos crónicos, aumento de la tasa de hospitalización e institucionalización y cambios en aparatos, y sistemas relacionados con la edad (p. ej., hipertrofia prostática, debilidad de los músculos vesicales, incremento de la capacidad residual de los pulmones y mayor fragilidad de la piel).

Objetivo

El paciente estará libre de infección.

Intervenciones enfermeras

- Promover una buena salud general.
- Asegurarse de que el paciente esté al corriente en todas las inmunizaciones.
- Alentar el consumo de alimentos con efecto positivo sobre la inmunidad, como productos lácteos bajos en grasa, pescado fresco, frutas, hortalizas, ajo, cereales, miel pura, compotas no azufradas.
- Ayudar al paciente a mantener la integridad cutánea.
- Instruirlo en técnicas de manejo del estrés.
- Promover el ejercicio regular y ayudar a realizarlo.
- Orientar al paciente sobre el uso incorrecto de antibióticos. Considerar el empleo de plantas que mejoran la inmunidad, como Echinacea, ajo, ginseng y sello de oro.
- Educar al paciente sobre medidas de control y reconocimiento temprano de infecciones.
- Asegurarse de que todos los cuidadores se adhieran a las medidas de prevención y control de infecciones de manera estricta.

- Sarampión, paperas y rubéola: una vez.
- Varicela: una vez.

Algunas circunstancias especiales demandan inmunización contra la hepatitis:

- Hepatitis A: usuarios de drogas IV, homosexuales activos o personas que residen en regiones con altas tasas de infección o que viajen a ellas.
- Hepatitis B: usuarios de drogas IV, homosexuales activos, personas sometidas a hemodiálisis o que han recibido transfusiones de sangre.

CONCEPTO CLAVE

Entre las vacunas que los mayores deben recibir figuran la vacuna neumocócica una vez en la vida, la vacuna contra la gripe una vez al año y las vacunas contra tétanos y difteria cada 10 años. Otras vacunas pueden administrarse en circunstancias especiales.

Manejo del estrés

El timo, el bazo y los ganglios linfáticos participan en la respuesta al estrés; por lo tanto, el estrés puede afectar el funcionamiento del sistema inmunitario. Algunas enfermedades relacionadas con estrés, como artritis, depresión, hipertensión y diabetes mellitus, causan un aumento del cortisol sérico, que es un potente inmunosupresor. Las concentraciones elevadas de cortisol pueden degradar el tejido linfático, inhibir la producción de células citolíticas naturales, incrementar la de linfocitos T reguladores y reducir las concentraciones de linfocitos T de ayuda e interferón (que destruye virus). Algunas medidas de reducción del estrés que las enfermeras pueden recomendar a las personas mayores son: relajación progresiva, meditación, oración, yoga, imaginación, ejercicio, actividades recreativas y remplazo de cafeína y alimentos basura por jugos y bocadillos nutritivos (fig. 29-1).

FIGURA 29-1 ■ El manejo del estrés y la adopción de una actitud optimista ayudan a promover la salud inmunitaria.

Conexión cuerpo-mente

Está demostrado que el estado psicológico de una persona puede influir en la salud física; de hecho, la especialidad de la psiconeuroinmunología se creó tras reconocer que los pensamientos y las emociones influyen en el sistema inmunitario. Los estudios han identificado rasgos relacionados con un sistema inmunitario fuerte, como los siguientes (Cohen, 2002; Cohen y Miller, 2001):

- Asertividad.
- Fe en Dios o en un poder superior.
- Capacidad para confiar y ofrecer amor incondicional.
- Disposición a ser abierto y confiar en otros.

- Actividad con un objetivo.
- Control sobre la propia vida.
- Aceptación del estrés como un desafío más que como una amenaza.
- Altruismo.
- Desarrollo y ejercitación de múltiples facetas de la personalidad.

PARA REFLEXIONAR

¿Sus rasgos psicológicos favorecen su inmunidad?

Las intervenciones enfermeras que ayudan a los adultos mayores en las tareas del desarrollo relacionadas con el envejecimiento (*v.* capítulo 2) y a mantener relaciones satisfactorias con otros son útiles para promover un estado psicológico que favorece la inmunidad.

Además de liberar endorfinas e incrementar la oxigenación corporal y la frecuencia cardíaca, la risa y el humor estimulan el funcionamiento inmunitario. Las enfermeras pueden usar el humor terapéutico compartiendo chistes, proporcionando vídeos o audios de programas de comedia y encontrando el lado cómico a las ocurrencias del día normal.

Uso cuidadoso de antibióticos

Cada año se prescribe una cantidad importante de antibióticos a personas mayores y ha habido consecuencias graves de su abuso y uso incorrecto. Algunas cepas de bacterias son resistentes a la penicilina y ampicilina, y otras lo son a todos los antibióticos, salvo algunos muy potentes y tóxicos. Además, los antibióticos tienen efectos secundarios y reacciones adversas con posibles consecuencias graves (tabla 29-1). En unidades de cuidados crónicos se observan *Klebsiella* y *Escherichia coli* resistentes a múltiples antibióticos, lo cual es atribuible al empleo de antibióticos orales de amplio espectro y de técnicas deficientes para el control de infecciones (El Solh, Pietrantoni, Bhat, Bhora y Berbary, 2004; Wick, 2006).

TABLA 29-1 Efectos adversos de los antibióticos

Antibiótico	Efecto adverso
Cefalosporina, penicilina, fluoroquinolonas, macrólidos, eritromicina	Náuseas, malestar gastrointestinal
Vancomicina, cotrimoxazol	Efectos tóxicos renales
Isoniazida, penicilina, cefalosporina, eritromicina, cotrimoxazol	Efectos tóxicos hepáticos
Antibióticos del tipo de la penicilina	Neutropenia
Ácido nalidíxico, metronidazol	Convulsiones
Aminoglucósidos	Deterioro auditivo
Tetraciclinas	Fotofobia
Penicilina	Inflamación muscular

Las enfermeras tienen un cometido importante en la promoción del uso seguro de los antibióticos. A continuación se indican algunas sugerencias:

CONCEPTO CLAVE

El uso incorrecto y el abuso de antibióticos han hecho que muchas cepas de bacterias sean resistentes a esos fármacos.

- Ayudar a los pacientes en los esfuerzos de promoción de la salud para incrementar su resistencia a las infecciones.
- Adherirse a las prácticas de control estricto de infecciones.
- Usar alternativas a los antibióticos siempre que sea posible (recuadro 29-2).
- Educar a los consumidores acerca de las realidades y los riesgos de los antibióticos.
- Recomendar a los pacientes no guardar antibióticos para usarlos en enfermedades futuras.

RECUADRO 29-2 Alternativas a los antibióticos

Algunas plantas han ganado popularidad por su eficacia para prevenir y tratar infecciones:

- *Echinacea:* usada desde hace mucho por los nativos americanos, tiene eficacia comprobada para incrementar el número y la actividad de los glóbulos blancos, promover la fagocitosis y estimular tanto la reproducción de los linfocitos T de ayuda como la producción de citocinas (Libster, 2002). Ya que la Echinacea puede activar ataques autoinmunitarios y otras reacciones inmunitarias excesivas, está contraindicada en personas con sida, esclerosis múltiple o tuberculosis.
- *Ajo:* es conocido por sus propiedades antibióticas, antimicóticas y antivirales.
- *Ginseng siberiano:* es un tónico general capaz de activar el sistema inmunitario.

LLEVANDO LA INVESTIGACIÓN A LA VIDA

EFECTO DE LA NUTRICIÓN EN LA MEJORA DE LA INMUNIDAD EN ADULTOS MAYORES

Pae, M., Meydani, S.N., & Wu, D. (2012). Aging y Disease, 3(1), 91–129.

Se afirma que diversas intervenciones nutricionales son útiles para revertir el deterioro del funcionamiento inmunitario y mejorar la resistencia a la infección en adultos mayores; sin embargo, existe controversia acerca de la eficacia y seguridad de los múltiples complementos nutricionales. En este artículo se revisan las investigaciones que se han hecho en el área de nutrición e inmunidad en ancianos. Algunos de los resultados son:

- El consumo diario de vitamina E por encima de la cantidad recomendada podría favorecer el funcionamiento de los linfocitos T en personas mayores y contribuir a reducir la incidencia de infecciones de vías respiratorias.
- La deficiencia de zinc puede alterar el funcionamiento inmunitario y

elevar el riesgo de infección.

- Incrementar la ingesta de aceites de pescado puede ser benéfico en caso de trastornos inflamatorios y autoinmunitarios, pero tal vez tenga un efecto inmunosupresor en el funcionamiento mediado por linfocitos T capaz de reducir la resistencia a infecciones.
- Se ha demostrado que la restricción calórica retrasa la declinación del sistema inmunitario en animales, pero su eficacia en personas no se ha verificado.

Aunque existe alguna evidencia de que las intervenciones nutricionales podrían mejorar el funcionamiento inmunitario al envejecer, se requiere más investigación que establezca el beneficio específico, dosis/cantidad óptima y características de la población que podría beneficiarse y para quiénes estaría contraindicada la intervención.

Dada la popularidad de los complementos nutricionales, es importante que las enfermeras aconsejen a los individuos a analizar con cuidado lo que se afirma sobre ellos. Las personas deben comprender que la mera existencia de un artículo en que se asegura el valor de un complemento no significa que ello esté apoyado por evidencia. Incluso si se afirma que «los estudios demuestran» la utilidad, debe tenerse cautela porque es posible que los estudios no hayan sido bien realizados o no se hayan hecho con un tamaño de muestra adecuado. Es útil que las enfermeras se mantengan al día en la investigación que pudiera apoyar el efecto positivo de la dieta, los complementos nutricionales y otros factores en el sistema inmunitario del adulto mayor.

REALIDADES PRÁCTICAS

Una de las corporaciones líderes en el estado descubrió que tiene una cantidad considerable de empleados de 55 a 70 años de edad. Al notar la tendencia de sus empleados a jubilarse a edades más avanzadas, la corporación está preocupada por su bienestar y desea diseñar una serie de programas de promoción de la salud. Realizó una evaluación de necesidades e identificó el estrés como un problema importante.

A la enfermera del departamento de salud de la corporación se le asignó la responsabilidad de crear un programa de manejo del estrés para los empleados. Los directivos se comprometieron a apoyar los programas que se ofrezcan durante las horas de trabajo y a hacer algunas modificaciones en el entorno. Ella les presentará el plan para el programa en el mes próximo.

Diseñar un plan para un programa de manejo del estrés dirigido a los empleados.

EJERCICIOS DE PENSAMIENTO CRÍTICO

1. ¿Qué aspectos principales podrían plantearse al presentar un curso de educación en materia de salud en un centro comunitario para mayores sobre el tema «Fomento de su inmunidad»?

2. ¿Cuáles son las diferencias entre la generación actual y la de sus abuelos en cuanto a estilo de vida y factores ambientales que podrían influir en la inmunidad a infecciones y a la enfermedad?
3. ¿Qué factores han contribuido al uso incorrecto de antibióticos? ¿De qué manera estos factores se relacionaban con la actitud y las prioridades de la sociedad?
4. ¿De qué modo la atención médica básica en Estados Unidos contribuye al uso indebido de antibióticos? ¿Qué puede hacerse para cambiar esto?

RECURSOS

National Center for Preparedness, Detection, and Control of Infectious Diseases
http://www.cdc.gov/ncpdcid/

Norman Cousins Center for Psychoneuroimmunology
http://www.cousinspni.org

REFERENCIAS

Cohen, S. (2002). Psychosocial stress, social networks, and susceptibility to infection. In H. G. Koenig & H. J. Cohen (Eds.), *The link between religion and health: Psychoneuroimmunology and the faith factor.* New York, NY: Oxford University Press.

Cohen, S., & Miller, G. E. (2001). Stress, immunity, and susceptibility to upper respiratory infections. In R. Ader, D. Felten, & N. Cohen (Eds.), *Psychoneuroimmunology* (3rd ed.). New York, NY: Academic Press.

El Solh, A. A., Pietrantoni, C., Bhat, A., Bhora, M., & Berbary, E. (2004). Indicators of potentially drug-resistant bacteria in severe nursing home-acquired pneumonia. *Clinical Infectious Diseases, 39*(4), 474–480.

Libster, M. (2002). *Delmar's integrative herb guide for nurses* (pp. 263–272). Florence, KY: Delmar/Thompson Learning.

Muller, H. (2001). Fasting followed by vegetarian diet in patients with rheumatoid arthritis: A systematic review. *Scandinavian Journal of Rheumatology, 30*(1), 1–10.

Steinman, L., Conlin, P., Maki, R., & Foster, A. (2003). The intricate interplay among body weight, stress, and the immune response to friend or foe? *Journal of Clinical Investigation, 111*, 183–185.

Wick, J.Y. (2006). Infection control and the long-term care facility. *Consultant Pharmacist, 21*(6), 467–480.

LECTURAS RECOMENDADAS

Las lecturas recomendadas relacionadas con este capítulo pueden encontrarse en el sitio web que acompaña al libro. Visítese **http://thepoint.lww.com/espanol-Eliopoulos8e** para acceder a las lecturas recomendadas y otros recursos adicionales vinculados con este capítulo.

UNIDAD 6

Trastornos multisistémicos

30 Infecciones
31 Cáncer
32 Trastornos de la salud mental
33 Delirio y demencia

CAPÍTULO 30

Infecciones

RESUMEN DEL CAPÍTULO

Manifestaciones específicas de infección en adultos mayores

Infecciones comunes

- Infección de vías urinarias.
- Prostatitis.
- Neumonía.
- Gripe.
- Tuberculosis.
- Vaginitis.
- Herpes zóster.
- Sarna.
- VIH y sida.
- Infección por *Clostridium difficile.*
- Microorganismos resistentes a antibióticos.

Como se describió en el capítulo 29, los cambios relacionados con la edad en el sistema inmunitario y la alta prevalencia de enfermedades en la población mayor elevan el riesgo de infecciones. Éstas tienden a ejercer mayores efectos y consecuencias específicas en los mayores. Desde mediados de la década de 1980, las tasas de hospitalización por septicemia entre personas mayores han aumentado en

más del doble y las principales fuentes son infecciones de vías urinarias (IVU), cistitis, neumonía, úlcera por presión, celulitis e infecciones renales (DeFrances y Paul, 2006). Los adultos mayores tienen una alta tasa de infecciones yatrógenas relacionadas con su mayor exposición a entornos de cuidados (es decir, hospitalizaciones y residencias para adultos mayores). Comprender los factores que predisponen y las intervenciones implicadas para prevenir infecciones es básico para la práctica enfermera en gerontología.

OBJETIVOS DE APRENDIZAJE

Después de estudiar este capítulo, el lector será capaz de:

1. Describir aspectos singulares de la infección en adultos mayores.
2. Describir características de infecciones comunes en personas mayores e intervenciones enfermeras relacionadas.

CONCEPTOS BÁSICOS

Neuralgia postherpética: dolor que persiste en un dermatoma después de que las lesiones vesiculares del herpes zóster se han resuelto.

Resistencia a antibióticos: cuando una bacteria deja de ser afectada por un antibiótico.

Zóster: herpes zóster, causado por el virus de la varicela que por lo general permanece latente después de la exposición inicial a él.

MANIFESTACIONES ESPECÍFICAS DE INFECCIÓN EN ADULTOS MAYORES

A los desafíos que plantea el aumento del riesgo y la incidencia de infecciones en personas mayores se añade el hecho de que a menudo las infecciones no se presentan de la manera que es habitual en adultos más jóvenes (recuadro 30-1). La fiebre, que es el principal signo clínico de una infección, puede pasar inadvertida en personas mayores porque sus temperaturas de referencia más bajas pueden hacer que en ellos la fiebre corresponda a 37 °C; en consecuencia, los cuidadores acostumbrados a las fiebres de 38 °C en otros grupos de edad pueden pasar por alto la fiebre en individuos mayores. Con frecuencia, las manifestaciones de las infecciones en mayores se presentan en forma de letargo, debilidad y anorexia; es posible que estos síntomas se atribuyan a la edad avanzada u otros problemas de salud y no a una infección. Los cambios en el estado mental, la incontinencia y la mayor incidencia de caídas pueden relacionarse con infecciones en personas mayores, pero atribuirse de manera errónea a otras causas. El no interpretar los síntomas atípicos quizás dé por resultado la demora en el diagnóstico de infecciones.

Infección de vías urinarias

Las infecciones de vías urinarias son las más frecuentes en ancianos: afectan hasta a uno de cada 10 mayores al año (Graves y cols., 2007). Además, las IVU aumentan en prevalencia con la edad. Aunque éstas ocurren más a menudo en mujeres que en varones a menores edades, la diferencia entre los sexos se reduce con el tiempo, lo que puede atribuirse a disminución de las relaciones sexuales en mujeres y a mayor incidencia de obstrucción al flujo de salida vesical por hiperplasia prostática benigna en varones. Los principales microorganismos causantes de IVU son *Escherichia coli* en mujeres y especies de *Proteus* en varones. La presencia de cualquier cuerpo extraño en las vías urinarias o cualquier entidad que haga más lento el flujo de orina o lo obstruya (p. ej., inmovilización, estenosis uretrales, neoplasias o sonda permanente obstruida) predispone al individuo a esas infecciones. Las IVU pueden ser resultado de higiene deficiente, limpieza incorrecta después de defecar, predisposición por bajo consumo de líquidos y pérdida hídrica excesiva, y cambios hormonales, que reducen la resistencia del organismo. Las personas en estado debilitado o con vejiga neurógena, arterioesclerosis o diabetes también se encuentran en alto riesgo de IVU. Revisten gran importancia las IVU relacionadas con el sondaje, que son las infecciones individuales yatrógenas más frecuentes.

CONCEPTO CLAVE

Las infecciones de vías urinarias pueden deberse a higiene deficiente, problemas prostáticos, sondaje, deshidratación, diabetes, arterioesclerosis, vejiga neurógena y estado de debilitamiento general.

La enfermera gerontológica debe estar alerta a los signos y síntomas de IVU. Los indicadores tempranos incluyen ardor, polaquiuria y fiebre. Algunos adultos mayores presentan incontinencia y delirio con las IVU. Conocer de antemano la temperatura normal del paciente ayuda a la enfermera a reconocer la presencia de fiebre, por ejemplo si un individuo tiene 37 °C cuando su temperatura normal es de 35 °C. Algunos urólogos consideran que muchas IVU en personas mayores parecen asintomáticas debido a la inadvertencia de las elevaciones de la temperatura normal respecto al valor de referencia. La enfermera puede facilitar en grado significativo el diagnóstico informando al médico los aumentos de temperatura respecto al nivel normal para el paciente. Una bacteriuria de más de 105 UFC/ml confirma el diagnóstico de IVU. Conforme la IVU avanza puede aparecer retención, incontinencia y hematuria.

RECUADRO 30-1 Posibles signos de infección en personas mayores

- Delirio.
- Fiebre.

- Escalofríos.
- Hipotensión.
- Aumento de la frecuencia del pulso.
- Aumento de la frecuencia respiratoria.
- Dolor del costado.
- Hematuria, piuria.
- Disuria, ardor.
- Polaquiuria.
- Incontinencia.
- Tos.
- Molestia torácica.
- Esputo purulento.
- Rinorrea.
- Congestión nasal.
- Cefalea.
- Malestar general.
- Anorexia.
- Pérdida de peso.
- Vómito.
- Diarrea.
- Moco o sangre en heces.
- Secreción purulenta.
- Dolor o tumefacción en articulaciones.
- >10 000 glóbulos blancos por mm^3 de sangre.
- >100 000 bacterias/ml de orina.
- Disminución de gases en sangre arterial.
- Cultivo positivo de sangre, esputo, líquido cefalorraquídeo o exudado de la herida.

El tratamiento se encamina a establecer un drenaje urinario adecuado y controlar la infección con antibióticos. La enfermera debe tomar nota de manera cuidadosa de los ingresos y egresos del paciente. Es recomendable la administración forzada de líquidos, siempre que el estado cardíaco no lo contraindique. Mientras el paciente se recupera debe continuar la observación en busca de nuevos síntomas, distensión vesical, irritación cutánea y otros signos inusuales.

La IVU grave que desemboca en septicemia es más frecuente en personas mayores que en jóvenes, al igual que la recurrente. La urosepsis (septicemia secundaria a IVU) es una complicación común de personas con sondas permanentes, de modo que es importante su uso selectivo.

La bacteriuria asintomática es un dato habitual en personas mayores y no suele tratarse, aunque es importante valorar factores subyacentes que podrían contribuir a este trastorno.

Desde hace tiempo se promueve el jugo de arándano como un medio para reducir la IVU; en la actualidad la investigación apoya esta creencia. Un estu dio realizado en la Harvard Medical School demostró una reducción de la frecuencia de bacterias y glóbulos blancos en la orina de mujeres que consumían ese jugo con regularidad (Jepson y Craig, 2007). La enfermera gerontológica tal vez desee promover la inclusión diaria de jugo de arándano en la alimentación de los mayores. (Quizá sea mejor usar formas como las cápsulas, que no tienen azúcar agregada, para evitar el

alto contenido de azúcar de algunas marcas comerciales; esas cápsulas y otras formas liofilizadas de jugo de arándano están disponibles en la mayoría de las tiendas de alimentos sanos.)

Una medida importante para ayudar a la prevención de IVU es evitar el empleo de sondas urinarias. Las enfermeras deben preguntar cuál es el objetivo del sondaje permanente y considerar otras opciones. La conveniencia para el personal (p. ej., reducir la necesidad de cambiar ropa de cama mojada o de asear a la persona) no es una justificación para colocar una sonda y exponer al individuo al riesgo de una IVU. Debe favorecerse la retirada temprana de la sonda ya que se ha observado que esto reduce el riesgo de IVU.

Prostatitis

La prostatitis es la IVU más común en varones mayores. La mayoría de las infecciones es de origen bacteriano, aunque la prostatitis no bacteriana es la causa en algunos casos. La prostatitis bacteriana aguda se caracteriza por los síntomas sistémicos de fiebre, escalofríos y malestar general, mientras que estos síntomas son raros en la prostatitis bacteriana crónica. Ambos tipos presentarán síntomas urinarios de polaquiuria, nicturia, disuria y grados variables de obstrucción vesical a causa de edema e hipertrofia de la próstata, así como dorsalgia baja y dolor perineal. Un simple cultivo de orina suele permitir identificar el patógeno responsable de la prostatitis bacteriana aguda; para la forma crónica suele seguirse un proceso especial para tomar una muestra de orina limpia y se obtienen secreciones prostáticas masajeando la próstata durante el procedimiento. La prostatitis aguda suele reaccionar bien a los antibióticos; la crónica reacciona menos bien a estos fármacos y es más difícil de tratar.

Neumonía

La neumonía, en especial la bronconeumonía, es frecuente en personas mayores y es una de las principales causas de muerte en este grupo de edad (tabla 30-1). Varios factores contribuyen a su alta incidencia:

- Expansión torácica y respiración más superficial por cambios relacionados con la edad en el aparato respiratorio.
- Alta prevalencia de enfermedades respiratorias que favorecen la formación de moco y la obstrucción bronquial.
- Menor resistencia a la infección.
- Menor sensibilidad de los reflejos faríngeos, lo que favorece la aspiración de material extraño.
- Alta incidencia de trastornos que reducen la movilidad y causan debilidad (fig. 30-1).
- Mayor probabilidad de que los mayores sean hospitalizados o institucionalizados y sufran neumonía nosocomial que las personas más jóvenes.

TABLA 30-1 Muertes por neumonía en la población mayor

Grupo de edad	Muertes/100 000 habitantes
45–54 años	4,5
55–64 años	10,7
65–74 años	34,0
75–84 años	137,0
85+ años	571,2

Fuente: U.S. Department of Health and Human Services. Centers for Disease Control and Prevention (2012). *Trends in Influenza and Pneumonia among Older People in the United States. Table 1.* http://www.cdc.gov/nchs/data/ahcd/agingtrends/08influenza.pdf.

FIGURA 30-1 ■ Los estados de inmovilidad incrementan el riesgo de neumonía en adultos mayores.

La neumonía neumocócica, causada por *Streptococcus pneumoniae*, es el tipo más común de neumonía en individuos mayores. Otras neumonías son ocasionadas por bacilos gramnegativos (*Klebsiella pneumoniae*), *Legionella pneumophila*, bacterias anaerobias y gripe (*Haemophilus influenzae*).

Los signos y síntomas de neumonía pueden cambiar en personas mayores y tal

vez haya neumonía grave sin síntomas evidentes. El dolor pleurítico, por ejemplo, no suele ser tan intenso como el descrito por pacientes más jóvenes. Las diferencias en la temperatura corporal pueden interpretarse como fiebre mínima o nula. Los posibles síntomas incluyen tos leve, fatiga y respiración rápida. Puede haber confusión, inquietud y cambios conductuales como resultado de hipoxia cerebral. Los cuidados de enfermería para el paciente mayor con neumonía son similares a los que se administran a pacientes más jóvenes. Reviste especial importancia la observación cercana en busca de cambios sutiles. El paciente mayor también puede sufrir la complicación de íleo paralítico, prevenible con movilización.

CONCEPTO CLAVE

Tos productiva, fiebre y dolor torácico pueden ser atípicos en personas mayores debido a los cambios que ocurren con la edad y hacen que el diagnóstico de neumonía se retrase.

Aunque su eficacia aún es tema de debate, se recomiendan las vacunas neumocócicas para personas de más de 65 años de edad, la vacuna no debe administrarse durante un episodio febril. Es aceptable la administración simultánea con la vacuna de la gripe y algunas otras, siempre que se usen diferentes sitios de inyección. Algunos efectos secundarios comunes son enrojecimiento local, fiebre, mialgia y malestar general. Algunos individuos experimentan exacerbaciones de artritis y con menor frecuencia parestesias y otras neuropatías. Los Centers for Disease Control and Prevention (CDC) recomiendan una vacuna neumocócica y un refuerzo único 5 años después si la persona tenía menos de 65 años cuando se administró la primera vacuna. Las enfermeras deben asegurarse de registrar la administración de la vacuna, junto con el nombre del fabricante, el número de lote y la fecha de caducidad. Los CDC también recomiendan que si hay duda acerca de si ya se administró la vacuna, es mejor repetirla que correr el riesgo de contraer neumonía. Se ha demostrado que la administración repetida de vacuna neumocócica a personas mayores causa reacciones locales que duran varios días pero no tiene efectos letales en potencia (High, 2007; Jackson y cols., 2003).

Gripe

La mayoría de las muertes por gripe ocurre en la población mayor, lo cual pone de relieve la seriedad de esta infección para este grupo. De los dos subtipos de gripe, el A es la causa más frecuente de enfermedad grave y muerte en mayores; la gripe B es menos grave, aunque también puede producir problemas de importancia. Los cambios relacionados con la edad, incluido el descenso de la respuesta inmunitaria al virus, hacen que las personas mayores sean más susceptibles a la gripe. Ésta suele causar fiebre (aunque no tan alta como en adultos más jóvenes), mialgia, faringitis y tos no productiva. Cuando ataca, la gripe destruye las células epiteliales ciliadas de las vías respiratorias y deprime la depuración mucociliar. Infecciones bacterianas secundarias y otras complicaciones incrementan el riesgo de muerte por gripe en personas mayores. Los pacientes con enfermedad crónica respiratoria, cardíaca o metabólica

presentan un riesgo particularmente alto de neumonía bacteriana secundaria. Entre las posibles complicaciones no pulmonares están miositis, pericarditis, síndrome de Guillain-Barré, encefalitis y pérdida temporal de los sentidos del olfato y el gusto.

Las consecuencias potencialmente graves de la gripe en los mayores hacen necesarias medidas preventivas. Dado que la gripe se adquiere por inhalación de gotitas infectadas, es importante reducir el contacto con personas que se sabe o sospecha que tienen gripe. También es posible la prevención mediante la vacunación anual, que se recomienda para personas de más de 65 años. Aunque las personas mayores tienen cantidades menores de anticuerpos después de la vacunación que los adultos más jóvenes, la vacunación previene complicaciones graves de la gripe, aunque no la enfermedad en sí. Se requieren cerca de 2 semanas para la respuesta de anticuerpos a la vacuna; por lo tanto, se recomienda administrarla en octubre. Dado que la temporada de gripe puede durar hasta febrero, los adultos mayores pueden vacunarse incluso después de octubre. Está demostrado que los complementos diarios de vitaminas y minerales con antioxidantes mejorados elevan los anticuerpos en personas mayores después de administrar vacunas contra la gripe (Wouters-Wesseling y cols., 2002), lo que sugiere considerar la práctica relativamente segura de administrar complementos en la atención gerontológica. La inmunidad declina de manera gradual en los meses siguientes a la vacunación, de modo que se requiere revacunar cada año. La vacuna está contraindicada en personas con trastornos febriles y alergia al huevo, y en aquéllos con antecedente de síndrome de Guillain-Barré. Es posible que la concentración sanguínea de carbamazepina, fenobarbital, fenitoína, teofilina y warfarina aumente en un lapso de 1 a 4 semanas después de la vacunación; por lo tanto, los pacientes que usan esos fármacos deben ser estrechamente vigilados en busca de reacciones tóxicas. Es recomendable que las personas que trabajen con personas mayores se inmunicen.

CONCEPTO CLAVE

Aunque los mayores tienen menos anticuerpos que las personas más jóvenes después de la vacunación, las vacunas contra la gripe previenen complicaciones graves relacionadas con la enfermedad, incluso si no previenen la enfermedad misma.

Tuberculosis

La incidencia de tuberculosis ha venido disminuyendo. En personas mayores es más usual la reactivación de una infección antes asintomática o tratada de manera incorrecta que la nueva infección, y los mayores institucionalizados están en mayor riesgo de contraer esta infección que los que viven en la comunidad. Es posible que el diagnóstico tarde en establecerse, ya sea porque no se observan los signos clásicos o porque los signos se parecen a los de muchos otros trastornos geriátricos. Por ejemplo, los síntomas principales pueden ser anorexia, pérdida de peso y debilidad. Es posible que no haya sudoración nocturna porque la diaforesis disminuye con la edad. De modo similar, tal vez no se detecte fiebre a causa de los cambios en la temperatura corporal en la persona mayor. Esos factores destacan la importancia de la

evaluación periódica en busca de esta enfermedad.

Deben realizarse pruebas de detección de tuberculosis en todos los pacientes que ingresan en un hospital o una institución para cuidados geriátricos y los grupos de personas mayores deben revisarse de manera periódica. Por la alta incidencia de resultados falsos negativos, para esta población se recomienda una prueba de Mantoux en dos pasos (es decir, si el resultado es negativo después de la primera prueba, ésta se repite en una semana, lo que podría causar una conversión si hay tuberculosis, debido al fenómeno de refuerzo relacionado con una respuesta atenuada).

CONCEPTO CLAVE

Debido al riesgo de resultados falsos negativos, se recomienda una prueba de Mantoux en dos pasos para la detección de tuberculosis en adultos mayores.

El tratamiento de la tuberculosis sigue los mismos principios que en cualquier grupo de edad; básicamente consiste en reposo, nutrición adecuada y fármacos. Algunos de los efectos adversos de los medicamentos que suelen prescribirse para la tuberculosis tienen implicaciones especiales para las personas mayores. La estreptomicina puede dañar los sistemas nerviosos periférico y central, lo que se demuestra por limitaciones auditivas y desequilibrio, con riesgos para la seguridad. Es posible que el ácido *para*-aminosalicílico cause irritación del tubo digestivo, anorexia, náuseas, vómito y diarrea, lo que predispone a los mayores al riesgo de desnutrición. Los cambios en las secreciones gástricas pueden hacer que las tabletas pasen sin disolverse por el aparato digestivo, lo que impide el efecto terapéutico; deben examinarse las heces en busca de tabletas no disueltas. La isoniazida, si bien no es tan tóxica como los otros fármacos mencionados, quizá tenga efectos tóxicos en los sistemas nerviosos periférico y central. La enfermera debe valorar al paciente con regularidad en busca de reacciones adversas a tales medicaciones.

Para algunas personas mayores es extremadamente difícil aceptar el diagnóstico de tuberculosis. Al haber vivido en una era en que las personas con tuberculosis eran enviadas a sanatorios por largos períodos, es posible que no estén al corriente de los nuevos métodos de tratamiento y teman la institucionalización. Al creer que podrían infectar a familiares y amigos, tal vez eviten el contacto personal, lo que promueve el aislamiento social. Otras personas pueden temer contraer la enfermedad y ser reacias a mantener contacto social. Es esencial educar a pacientes, familiares y amigos para aclarar estas ideas erróneas y promover un modo de vida normal.

Las enfermeras deben enseñar a los pacientes sus responsabilidades en el tratamiento de esta enfermedad. La medicación es esencial para el manejo de la tuberculosis y, dado que la persona mayor puede tener dificultad para recordar tomarla, las enfermeras han de diseñar un sistema de recordatorio. Por ejemplo, los fármacos y el recipiente de la crema para la dentadura pueden colocarse en la misma caja, de modo que durante el cuidado diario de la dentadura el paciente recordará tomar los medicamentos. El paciente, un familiar o una enfermera domiciliaria

podrían llenar siete sobres con fármacos, rotularlos con cada día de la semana y diseñar un cartel para recordar tomar la medicación. Un familiar o amigo podría llamar a diario al paciente para preguntarle si ya tomó los medicamentos. Con tratamiento pronto y adecuado, la persona mayor puede recuperarse de la tuberculosis con efectos residuales mínimos.

Vaginitis

Con la edad avanzada el epitelio vaginal se adelgaza, lo que se acompaña de pérdida de la elasticidad del tejido. Las secreciones se hacen alcalinas y disminuyen en cantidad. La flora cambia y ello afecta la protección natural de la vagina en condiciones normales. Estos cambios predisponen a la mujer mayor a la infección común llamada vaginitis senil. Los síntomas son dolor, prurito, ardor y enrojecimiento de la vagina, y se acompañan de secreción vaginal clara, parda o blanca. A medida que la vaginitis avanza puede causar sangrado y adherencias.

Los estrógenos locales en la forma de supositorio o crema suelen ser eficaces para tratar la vaginitis senil. Las enfermeras deben asegurarse de que las pacientes comprendan el uso correcto de estos fármacos tópicos y no intenten administrárselos por vía oral. También es posible que se prescriban duchas vaginales de ácido bórico, zinc, lisina o violeta de genciana. Algunos practicantes de la medicina herbolaria recomiendan una ducha de plantas antisépticas, como hierba de San Juan, sello de oro, *Echinacea*, ajo, sanícula y caléndula. Si la paciente se administrará una ducha en casa, es importante insistir en la necesidad de medir la temperatura de la solución. La alteración de los receptores nerviosos para temperaturas altas y bajas, y la sensibilidad al dolor disminuida predisponen a la paciente a quemaduras del frágil tejido vaginal por soluciones demasiado calientes. La higiene adecuada ayuda a tratar y prevenir la vaginitis.

Puede aconsejarse a las mujeres que usen diversos métodos naturales para el tratamiento de la vaginitis. Las infecciones vaginales han reaccionado bien a vitaminas A, C y E, complejo B y β-caroteno. Un mayor consumo de acidófilos, yogur y ajo ayuda a combatir infecciones micóticas, lo mismo que evitar alimentos fermentados y azúcares refinados.

CONCEPTO CLAVE

Debe recomendarse a las mujeres mayores que midan la temperatura de las soluciones para duchas, porque la alteración de los receptores nerviosos para temperaturas y la disminución de la sensibilidad al dolor las predispone a sufrir quemaduras.

Herpes zóster

El herpes zóster o zóster, es una infección viral aguda que en personas mayores suele deberse a reactivación del virus de la varicela latente en los ganglios de las raíces dorsales. Se piensa que el debilitamiento de la inmunidad en personas mayores contribuye a la mayor incidencia del trastorno en esa población; la radiación, la quimioterapia, el estrés u otros factores que alteran los mecanismos inmunitarios

también pueden causar herpes zóster.

La enfermedad comienza con dolor y prurito en la piel, seguidos al cabo de varios días por la formación de vesículas. La erupción sigue el trayecto de un nervio sensitivo y es posible que ocurra en cualquier parte del cuerpo, aunque los sitios más comunes son las zonas torácica y abdominal. El tratamiento es sintomático y consiste en analgésicos, corticoesteroides y preparados tópicos para secar las lesiones. Los adultos mayores tienen mayor probabilidad que cualquier otro grupo de edad de experimentar neuralgia postherpética. Si el herpes zóster recurre o si la diseminación es generalizada, debe evaluarse al paciente en busca de un linfoma u otra inmunodeficiencia subyacentes. Se recomienda que todas las personas de más de 60 años se vacunen contra el herpes zóster.

CONCEPTO CLAVE

Las personas mayores tienen mayor probabilidad que las personas más jóvenes de experimentar neuralgia postherpética.

Sarna

La sarna es una erupción cutánea prurítica muy contagiosa causada por el ácaro *Sarcoptes scabiei* (arador de la sarna). Una vez adquirida por contacto, la hembra excava nidos bajo la piel y oviposita. En 8 a 17 días, las larvas maduran y viajan a la superficie de la piel para aparearse. Después del apareamiento, el macho muere en la superficie cutánea mientras que la hembra excava de nuevo bajo la piel para ovipositar.

Una característica de la sarna es el prurito intenso, causado por una reacción alérgica a los ácaros y sus productos de desecho. El prurito empeora por la noche. A la exploración, la piel se ve irritada. El exantema suele observarse en piel interdigital, manos, muñecas, codos, pliegues abdominales, alrededor de los pezones y en los genitales, aunque los mayores también pueden presentar exantema en cara, cuero cabelludo, espalda, nalgas y rodillas. El examen minucioso del exantema puede revelar el nido (un borde lineal con una vesícula en un extremo) en que se localiza el ácaro. Sin ese examen el exantema puede atribuirse de manera errónea a otros trastornos dermatológicos, como eccema; por lo tanto, la valoración exhaustiva resulta esencial.

CONCEPTO CLAVE

Al inspeccionar el exantema de la sarna es posible detectar una guarida en la cual se encuentra el ácaro.

El diagnóstico se hace raspando las lesiones con un bisturí y examinando el material al microscopio en busca de ácaros, sus huevecillos o desechos. Puede hacerse la prueba de tinta en los nidos o aplicarse aceite mineral en las lesiones para mejorar la visualización de las madrigueras. Incluso si el examen de las raspaduras es

negativo, puede tratarse al paciente si los síntomas son coincidentes con sarna.

El estudio de un caso en el recuadro 30-2 describe el tratamiento y los cuidados enfermeros de pacientes con sarna.

VIH y sida

Aunque suele considerarse que la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (sida) son enfermedades de personas más jóvenes, poco más del 10% de todos los casos ocurre en personas de más de 65 años, cifra que ha sido constante desde el comienzo de la epidemia de sida (Centers for Disease Control and Prevention, 2007). Por desgracia, VIH y sida a veces se diagnostican erróneamente debido al bajo índice de sospecha en este grupo de edad. Es posible que los profesionales de la salud no consideren que los mayores podrían tener relaciones sexuales sin protección (aunque, sin la preocupación de un embarazo, la probabilidad de ello es alta) o que sean homosexuales. Asimismo, esta infección puede pasarse por alto debido a la semejanza de los síntomas con los de trastornos comunes en mayores. Por ejemplo, el deterioro cognitivo se atribuye a enfermedad de Alzheimer más que a demencia por VIH. Además, como resultado de los avances en los tratamientos, las personas sobreviven hasta edades avanzadas con estas enfermedades, de modo que las enfermeras encontrarán más ancianos con VIH.

RECUADRO 30-2 Control de un brote de sarna en una institución para enfermos crónicos

Durante las dos últimas semanas, un número creciente de usuarios de la Great Oaks Nursing Home se han quejado de prurito intenso con exantema cutáneo. El exantema no tiene el mismo patrón entre los usuarios: algunos lo presentan en manos, muñecas y entre los dedos, y otros lo tienen en espalda y nalgas. Al principio el personal enfermero aplicó lociones humectantes, sin resultados. La observación reveló que el prurito empeoraba a la hora de acostarse, lo cual hizo surgir la sospecha de que quizá la lavandería estaba usando un detergente irritante para lavar la ropa de cama; sin embargo, una revisión de la práctica de la lavandería demostró que no había habido cambios en los procedimientos o los productos utilizados. Cuando algunos miembros del personal comenzaron a presentar síntomas similares, se sospechó que el exantema era contagioso en vez de una dermatitis de contacto. La inspección de los exantemas reveló líneas pardas onduladas delgadas características de sarna. El diagnóstico se confirmó mediante examen al microscopio de raspaduras de las lesiones.

A los usuarios y el personal con indicios de la infección se les prescribió lindano para destruir los ácaros y antihistamínicos orales y corticoesteroides tópicos suaves para controlar el prurito (exantema y prurito podrían persistir hasta un mes tras el inicio del tratamiento). Se recomendó a otros miembros del personal y a los visitantes que tuvieron contacto directo con los residentes infectados que recibieran tratamiento. Además, se tomaron las siguientes medidas para evitar que la infección se propagara:

- Indicación al personal y visitantes que tuvieron contacto directo con las personas infectadas de que usaran bata y guantes durante las primeras 24 h tras el inicio del tratamiento.
- Lavado de manos meticuloso.
- Aislamiento de la ropa sucia durante todo el período de tratamiento. Lavado con agua caliente o en seco de toda la ropa de cama y la ropa usada antes. Sellado de las prendas que no pueden lavarse (p. ej., zapatos y abrigos) en bolsas de plástico durante dos semanas.
- Desinfección de superficies de colchones; vuelta hacia el lado que no estuvo en contacto con los usuarios.
- Desinfección de superficies de muebles (los ácaros pueden vivir hasta por tres días en una superficie lejos del hospedador).

- Notificación a la autoridad sanitaria local (aunque no suele ser obligatorio informar de casos aislados, es posible que la autoridad sanitaria desee investigar y ofrecer consulta para brotes de este alcance).
- Educación de usuarios, visitantes y personal sobre la causa y naturaleza de la infección, el tratamiento, las precauciones y el pronóstico.
- Vigilancia constante por la enfermera encargada del control de infecciones de la institución.

RECUADRO 30-3 Síntomas que pueden presentarse años después de que el VIH ha invadido el organismo

Fiebre persistente.
Sudoración nocturna abundante.
Cefaleas.
Fatiga.
Diarrea crónica.
Candidiasis.
Vaginitis persistente.
Herpes zóster.
Tumefacción de ganglios linfáticos.
Meningitis.
Parálisis.
Dolor.
Demencia.

Los factores de riesgo para VIH son los mismos en personas mayores y adultos más jóvenes, e incluyen coito vaginal o anal sin preservativo; uso compartido de agujas o jeringas; recepción de transfusiones, hemoderivados o trasplantes de órganos entre 1978 y 1985; y tatuajes o perforaciones corporales con agujas contaminadas. Más de la mitad de los casos en mujeres se debe a contacto sexual con un varón infectado; los cambios en la vagina después de la menopausia elevan el riesgo de traumatismo vaginal y desgarro de tejidos durante el coito y, en consecuencia, de transmisión de la infección.

Los primeros síntomas aparecen a las pocas semanas siguientes a la infección con el virus y se parecen a los de la gripe, como décimas de fiebre, cefalea, faringitis, fatiga, náuseas y exantema. Estos síntomas pueden durar varios meses y luego la persona infectada permanece asintomática por varios años. La prueba para anticuerpo contra VIH en sangre será positiva al cabo de unos dos meses de contraer la infección. Años después de que el VIH ha invadido el organismo, pueden volver a aparecer síntomas (recuadro 30-3). La infección por el VIH debe considerarse cuando están presentes esos síntomas. Se diagnostica sida cuando las personas positivas para VIH presentan disminución del recuento de linfocitos CD4+, una infección oportunista (p. ej., neumonía o septicemia), un cáncer oportunista (p. ej., sarcoma de Kaposi o cáncer cervicouterino invasor), síndrome consuntivo (pérdida de un mínimo de 10% del peso corporal) o demencia.

El alto riesgo de infección de los adultos mayores se complica cuando tienen VIH/sida. Es necesario el seguimiento estricto de las medidas de prevención de infecciones y los signos de infección deben identificarse en una fase temprana. La

nutrición adecuada protege en algún grado contra infecciones y mejora el estado de salud general. Dado que estos pacientes a menudo se fatigan con facilidad, la ayuda a la hora de las comidas les ahorra energía y facilita una ingesta adecuada.

El apoyo emocional es una parte crucial de los cuidados de cualquier persona con VIH/sida y suele ser aún más significativo en el caso de las personas mayores, en particular si su infección se relaciona con actividad sexual sin protección. Muchas personas aún se sienten incómodas con la idea de que los mayores sean sexualmente activos o tengan relaciones homosexuales; por lo tanto, para ese grupo de edad puede ser difícil admitir su infección ante amigos cercanos y familiares. Además, el individuo mayor infectado puede ser rechazado o tratado con desdén por sus allegados. Una actitud libre de prejuicios, un oído atento y el apoyo emocional son componentes cruciales de la atención de estos pacientes.

PARA REFLEXIONAR

¿Qué valores y actitudes piensa que influyen en sus sentimientos hacia las personas que han contraído VIH/sida en relaciones extramaritales u homosexuales?
¿Cómo podría influir esto en la atención que proporcione a estos pacientes?

Infección por *Clostridium difficile*

Clostridium difficile se ha convertido en la causa más común de diarrea infecciosa nosocomial en residencias para ancianos. El que *C. difficile* cause una gama tan amplia de enfermedades clínicas, además de enfermedad grave y potencialmente letal, ha llevado a acuñar el término «enfermedad relacionada con *C. difficile*» (Bartlett y Makris, 2007).

Los cambios relacionados con la edad y el estado de salud delicado de muchos mayores contribuyen al alto riesgo de infecciones por *C. difficile*; otros factores de riesgo son el uso incorrecto de antibióticos, tratamiento inmunosupresor, intubación gástrica y alimentación por sonda gástrica. Una cantidad significativa de ancianos hospitalizados adquiere esta infección. La transmisión fecal-oral de *C. difficile*, a partir de las manos de los cuidadores o de superficies contaminadas, hace que esta infección se propague.

Diarrea y cólicos abdominales son síntomas comunes de las infecciones por *C. difficile*. Otros síntomas pueden incluir delirio, décimas de fiebre, náuseas, anorexia y malestar general. El diagnóstico se confirma mediante pruebas de laboratorio de las heces, incluidos ensayos de detección de antígeno y pruebas de toxina.

El tratamiento de primera línea para los casos leves de infección por *C. difficile* es metronidazol. Se re comienda vancomicina para casos graves o cuando los pa cientes no reaccionan al metronidazol en unos pocos días. Para algunos pacientes con enfermedad relacionada con *C. difficile* recurrente pueden ser eficaces probióticos o bioterapia con *Saccharomyces boulardii* o *Lactobacillus* GG. Es preciso corregir los desequilibrios hidroelectrolíticos.

Dado que esta infección puede propagarse a partir de materia fecal infectada que se transporta en las manos o en objetos contaminados, el uso de guantes, las técnicas

estrictas de lavado de manos, la limpieza de superficies ambientales (por lo general con una solución de cloro) y las precauciones entéricas o de contacto son importantes. Es preciso vigilar el estado de hidratación, por el riesgo de deshidratación secundaria a la diarrea.

CONCEPTO CLAVE

Las esporas de patógenos como *C. difficile* pueden persistir en las superficies de muebles y equipo durante meses y contaminar las manos de los cuidadores; es importante el seguimiento estricto a los procedimientos de lavado de manos para proteger tanto a pacientes como a cuidadores de sufrir infecciones.

Microorganismos resistentes a antibióticos

Staphylococcus aureus resistente a meticilina

En los últimos años ha surgido una situación grave por la incapacidad para controlar determinadas infecciones debido a la resistencia de los patógenos a los antibióticos. *Staphylococcus aureus*, una bacteria que suele encontrarse en la piel de personas sanas, puede penetrar en el organismo y causar infecciones. Éstas van desde pequeñas (p. ej., forúnculos o pápulas) hasta muy graves (p. ej., neumonía o septicemia). Hasta la introducción de la penicilina, la letalidad de la bacteriemia causada por *S. aureus* era del 90%, pero ese antibiótico mejoró en grado significativo la supervivencia. Sin embargo, en un breve lapso surgió una cepa de *S. aureus* resistente a la penicilina. La meticilina se lanzó en la década de 1960 como un nuevo recurso eficaz para tratar esas infecciones, pero en la década de 1980 el patógeno adquirió resistencia a ella y en los entornos de atención de la salud se comenzaron a detectar epidemias de infecciones por *S. aureus* resistente a meticilina (SARM).

La infección por SARM suele ocurrir en personas hospitalizadas o institucionalizadas que son mayores, están debilitadas o tienen una herida abierta o una sonda que facilitan el ingreso de la bacteria al organismo. Se propaga a través de secreciones nasofaríngeas y manos. Por un tiempo la vancomicina fue eficaz contra SARM, pero la resistencia a este antibiótico hizo necesarios nuevos fármacos. La linezolida y la combinación de quinupristina con dalfopristina han sido opciones terapéuticas desde entonces.

CASO A CONSIDERAR

Una estudiante de enfermería realiza prácticas clínicas en una residencia para adultos mayores y observa que varias de las cuidadoras no se lavan las manos al pasar de un usuario a otro o después de vaciar las bacinillas. Ella sabe que esto viola los principios básicos de prevención de infecciones pero quiere actuar con tacto porque el personal no ve con buenos ojos la presencia de estudiantes. Pregunta amablemente a una de las cuidadoras: «¿con cuánta frecuencia debo lavarme las manos?» con la esperanza de que esto dé un indicio para mejorar sus prácticas de lavado de manos. «Lávatelas antes de comer y antes de irte», le

responde la cuidadora. «Si lo haces más que esas veces, lo único que lograrás será irritarlas».

PENSAMIENTO CRÍTICO

- ¿Cómo puede ayudar a corregir esta práctica?

Enterococcus resistente a vancomicina (ERV)

En la década de 1990 comenzaron a aparecer cepas de *Enterococcus* resistente a vancomicina (ERV), que ahora son fuentes importantes de infección nosocomial. Las infecciones por ERV tienden a ser resistentes a la mayoría de los fármacos que antes se usaban para tratar esas infecciones; además, se piensa que genes presentes en ERV pueden transferirse a otros microorganismos grampositivos, como *S. aureus*. Las personas con enfermedad grave, debilitadas, inmunosuprimidas, sometidas a intervención quirúrgica mayor, con sonda urinaria permanente o catéter en vena central, o tratadas con antibióticos están en riesgo de infección por ERV. En la actualidad, linezolida y quinupristina-dalfopristina son los únicos fármacos eficaces contra ERV. Como muchas otras infecciones, la causada por éste se transmite con facilidad por las manos del personal sanitario y a través de dispositivos y superficies contaminados.

Es importante promover la salud inmunitaria como parte de la prevención y el control de infecciones. En el capítulo 19 se presentan medidas específicas que pueden resultar favorecedoras.

PARA REFLEXIONAR

¿Qué prácticas de autocuidado sigue para fortalecer sus defensas contra las infecciones? ¿Cómo podría mejorarlo?

LLEVANDO LA INVESTIGACIÓN A LA VIDA

ANTIBIOTICOTERAPIA EMPÍRICA Y PATRONES DE RESISTENCIA EN INFECCIONES DE VÍAS URINARIAS ADQUIRIDAS EN RESIDENCIAS PARA ENFERMOS CRÓNICOS

Parish, A. (2012). Geriatric Nursing, 33(1), 68–69.

En este estudio se examinan de manera retrospectiva datos de usuarios de residencias para enfermos crónicos mayores de 65 años a quienes se prescribió un antibiótico para una infección de vías urinarias (IVU) adquirida en la institución. Se seleccionó ciprofloxacina como el antibiótico de elección de los profesionales de la salud prescriptores (76% de las veces). En las personas a las cuales se prescribió ciprofloxacina, el

patógeno predominante que causó la IVU fue susceptible a ciprofloxacina sólo el 45% de las veces. Se administraron unos 43 días de tratamiento incorrecto y diversos patógenos resistentes prosperaron en los pacientes.

En particular en ambientes de cuidados crónicos (p. ej., residencias para adultos mayores y comunidades asistidas), la ausencia de servicios de laboratorio *in situ* prolonga el tiempo entre la toma de una muestra de orina y el informe de los resultados. Las enfermeras deben tener esto presente y ser proactivas al demostrar supervisión de los antibióticos, lo que incluye establecer contacto con el laboratorio para preguntar los resultados de los análisis, comunicar con rapidez los datos al médico que prescribe y asegurarse de que los pacientes reciban antibióticos que sean eficaces para su infección específica.

REALIDADES PRÁCTICAS

La Sra. Marcos, de 70 años de edad, es una nueva paciente en la consulta médica de la comunidad. Una enfermera realiza la valoración inicial y cuando pregunta sobre antecedentes de infecciones, ella le confía que ha tenido infecciones repetidas de vías urinarias y vaginitis. La enfermera la interroga acerca de cómo las ha manejado y qué le han dicho los profesionales de la salud al respecto. Ella le dice que los médicos le han prescrito antibióticos y que eso ha sido todo. Después agrega: «me dio vergüenza hablar de eso con los doctores porque tal vez habrían pensado mal de mí, pero me pregunto si pudo haberse vinculado con que tuve una relación. Hay un hombre al que veo a veces y al parecer contraje una infección inmediatamente después de que lo hicimos».

La enfermera le dice que puede discutirlo abiertamente con el médico pero ella replica que no, en particular porque es un varón joven.

¿Cómo puede ayudarse a la Sra. Marcos?

EJERCICIOS DE PENSAMIENTO CRÍTICO

1. ¿Qué podría incluirse en una sesión educativa para enseñar a adultos mayores sobre prevención, reconocimiento y cuidado de la gripe y la neumonía?
2. Citar algunas razones por las cuales no se identifica VIH/sida en personas mayores.
3. Describir posibles implicaciones para la comunidad si los residentes de un centro para ciudadanos jubilados sufrieran una infección respiratoria aguda resistente a todos los antibióticos disponibles en la actualidad. ¿Qué acciones podrían emprenderse para proteger a la comunidad?

REFERENCIAS

Bartlett, J. G., & Makris, A. T. (2007). *Clostridium difficile*-associated disease in the long-term care setting: Strategies for identification, management, and infection control. *Caring for the Ages, supplement.* Elsevier Society News Group.

Centers for Disease Control and Prevention. (2007). Epidemiology of HIV/AIDS—United States, 1981–2005. *Morbidity and Mortality Weekly Report, 55*(21), 589–592.

DeFrances, M. J., & Paul, C. J. (2006). 2005 National hospital discharge survey. *Advance Data, 12*(385), 1–19.

Graves, N., Tong, E., Mortaon, A. P., Holton, K., Curtis, M., Lairson D, & Whitby M. (2007). Factors associated with health care-acquired urinary tract infection. *American Journal of Infection Control, 35*(6), 387–392.

High, K. (2007). Immunizations in older adults. *Clinical Geriatric Medicine, 23*(3), 669–685.

Jackson, L. A., Neuzil, K. M., Yu, O., Benson, P., Barlow, W. E., Adams, A. L., Thompson, W. W., et al. (2003). Effectiveness of pneumococcal polysaccharide vaccine in older adults. *New England Journal of Medicine, 348*(18), 1747–1755.

Jepson, R. G., & Craig, J. C. (2007). A systematic review of the evidence for cranberries and blueberries in UTI prevention. *Molecular Nutrition and Food Research, 51*(6), 738–745.

Wouters-Wesseling, W., Rozendaal, M., Snijder, M., et al. (2002). Effect of a complete nutritional supplement on antibody response to influenza vaccine in older people. *Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences, 57*(9), M563.

LECTURAS RECOMENDADAS

Las lecturas recomendadas relacionadas con este capítulo pueden encontrarse en el sitio web que acompaña al libro. Visitese **http://thepoint.lww.com/espanol-Eliopoulos8e** para acceder a las lecturas recomendadas y otros recursos adicionales vinculados con este capítulo.

CAPÍTULO 31

Cáncer

RESUMEN DEL CAPÍTULO

Envejecimiento y cáncer

Desafíos específicos para las personas mayores con cáncer.

Explicaciones de la mayor incidencia en la edad avanzada.

Factores de riesgo, prevención y detección

Tratamiento

Tratamiento ordinario.

Medicina complementaria y alternativa.

Consideraciones enfermeras para adultos mayores con cáncer

Educación del paciente.

Promoción de cuidados óptimos.

Apoyo a pacientes y familiares.

La atención de personas mayores con cáncer es un aspecto casi inevitable para la enfermera gerontológica. El cáncer es una enfermedad de personas mayores y la segunda causa principal de muerte en sujetos de 65 años o más (National Center for Health Statistics, 2012). La mayoría de los casos nuevos se diagnostica en mayores, con media de edad del diagnóstico de cáncer de 66 años, y la probabilidad de sufrir esta enfermedad aumenta en grado impresionante con la edad. El National Cancer Institute reconoce que la edad es el factor de riesgo individual de cáncer más importante. La frecuencia de cáncer aumenta a partir de la niñez y los incrementos más notables tienen lugar en la edad avanzada. Las tasas alcanzan un máximo a la edad de 80 a 84 años en varones y de 85 en adelante para

mujeres; las tasas para mujeres blancas y negras no aumentan tan rápido como las propias de sus congéneres masculinos. Las frecuencias para mujeres blancas son similares a las de las mujeres negras hasta los 70 años o más, tras lo cual ascienden. Incluso si no hubiera aumento en las frecuencias de cáncer, la prevalencia en adultos mayores se elevará en el futuro conforme la población mayor continúe creciendo.

OBJETIVOS DE APRENDIZAJE

Después de estudiar este capítulo, el lector será capaz de:

1. Discutir la prevalencia y los riesgos de cáncer en la población mayor.
2. Describir las razones por las cuales el cáncer es más complejo en personas mayores.
3. Enumerar factores que incrementan el riesgo de cáncer.
4. Diseñar medidas preventivas que pueden reducir el riesgo de cáncer en adultos mayores.
5. Describir el aumento de los riesgos en mayores que reciben tratamiento ordinario para el cáncer.
6. Discutir las razones por las cuales los pacientes eligen usar medicina complementaria y alternativa (MCA).
7. Enumerar los temas que deben evaluarse en la selección de MCA para pacientes con cáncer.
8. Discutir las consideraciones enfermeras para la atención de pacientes mayores con cáncer.

CONCEPTOS BÁSICOS

***BRCA*:** gen del cáncer mamario; existen pruebas sanguíneas para identificar mutaciones en uno de dos genes de susceptibilidad a cáncer mamario (*BRCA1* y *BRCA2*).

FPS: factor de protección solar; puntaje asignado a los bloqueadores solares para indicar la protección que ofrecen contra el sol.

MCA: tratamientos de medicina complementaria y alternativa; aquellas terapias que no corresponden a las prácticas de la medicina occidental ortodoxa; incluyen sistemas médicos alternativos, intervenciones cuerpo-mente, métodos de manipulación y basados en el cuerpo, terapias biológicas y terapias de energía.

CONCEPTO CLAVE

Más de la mitad de las personas a las que se diagnostica cáncer es mayor de 65 años.

Las enfermeras gerontológicas tienen un cometido importante en la prevención, el diagnóstico y el tratamiento del cáncer. Promover hábitos saludables en las personas de todas las edades ayuda a reducir los factores de riesgo de cáncer. Educar a los pacientes acerca de la detección del cáncer y facilitar sus esfuerzos para que se les realicen pruebas favorece la detección de cánceres en etapas tempranas, lo que eleva las tasas de supervivencia. Las intervenciones enfermeras creativas, holísticas y hábiles que ofrecen apoyo físico, emocional y espiritual a los individuos a quienes se les diagnostica cáncer y sus allegados promueven la mejor calidad de vida posible en presencia de la enfermedad.

ENVEJECIMIENTO Y CÁNCER

Problemas específicos para las personas mayores con cáncer

El cáncer plantea muchos desafíos clínicos en cualquier grupo de edad; sin embargo, en adultos mayores son aún más complejos. A pesar de tener la frecuencia más alta de casi todos los cánceres, los mayores tienen la menor tasa de realización de pruebas de detección precoz; así, su enfermedad suele estar en una etapa avanzada cuando se diagnostica (Bradley, Given, Dahman, Luo y Virnig, 2007; Walker y Covinsky, 2001). Además, es raro el anciano que no tiene otro trastorno (p. ej., cardiopatía, diabetes mellitus, artritis o enfermedad pulmonar obstructiva crónica) cuando se le diagnostica cáncer. La presencia de múltiples problemas de salud eleva el riesgo de complicaciones, discapacidad y muerte en pacientes mayores con diagnóstico de malignidad. Asimismo, la preocupación acerca del modo en que los órganos ya afectados del paciente mayor tolerarán la quimioterapia y otros tratamientos para el cáncer podría incidir en las decisiones terapéuticas. Las tasas de supervivencia de los mayores son más bajas que las de personas más jóvenes en la mayoría de los tipos de cáncer, incluso si se diagnostican en la misma etapa.

Explicaciones de la mayor incidencia en la edad avanzada

Como ya se dijo, el cáncer es en mayor medida una enfermedad de la edad avanzada, pero ¿por qué? Existen dos teorías principales con las que se intenta explicar la mayor incidencia de enfermedades malignas con la edad. La primera tiene que ver con cambios biológicos relacionados con la edad que alteran la capacidad para resistir las enfermedades. Esta teoría es apoyada por el descenso de la actividad mitocondrial de la célula que reduce su capacidad para resistir el cáncer. Los cambios en el sistema inmunitario (menores actividad de linfocitos T, concentraciones de interleucina 2 y reactividad a mitógenos) afectan la capacidad del organismo para reconocer células cancerosas y destruirlas.

La exposición prolongada a carcinógenos en el transcurso de los años es otra explicación para la mayor incidencia de cáncer con la edad. Esto está demostrado por el crecimiento de melanomas en la piel de personas que se han expuesto de manera crónica a rayos ultravioletas nocivos y por el desarrollo de cáncer pulmonar en trabajadores que respiraron con regularidad sustancias tóxicas.

Aunque en la actualidad no es posible establecer con claridad el grado de responsabilidad que los cambios secundarios a la edad o la exposición tienen en el desarrollo de cáncer, es evidente que los adultos que envejecen enfrentan un mayor riesgo de enfermedad maligna; por lo tanto, es beneficioso reducir los factores de riesgo.

CONCEPTO CLAVE

El aumento de la incidencia de cáncer con la edad podría deberse a cambios que reducen la capacidad para resistir la enfermedad o a exposición prolongada a carcinógenos.

FACTORES DE RIESGO, PREVENCIÓN Y DETECCIÓN

Los factores de riesgo para cánceres dan indicios sobre algunas de las medidas preventivas que podrían ser útiles para evitar esas enfermedades. Muchos cánceres pueden prevenirse con prácticas sanas que minimicen los riesgos. En el recuadro 31-1 se relacionan factores de riesgo con algunas medidas preventivas que las enfermeras pueden incorporar en la educación y la orientación para la salud.

Las mujeres presentan riesgos especiales. Dado que la mayoría de los cánceres de mama y de ovario ocurre en mujeres de más de 50 años, la edad es un factor de riesgo (Turchetti, Cortesi, Federico, Romagnoli y Silingardi, 2002). Además, las mujeres que tuvieron su primer período menstrual antes de los 12 años de edad o que experimentaron la menopausia después de los 55 años tienen riesgo ligeramente mayor de cáncer mamario, lo mismo que aquellas que tuvieron su primer hijo después de los 30 años. Las que tienen una familiar en primer grado (madre, hermana o hija) u otro pariente cercano con cáncer mamario, ovárico o ambos podrían estar en mayor riesgo de estos cánceres. Las mujeres cuya madre tomó dietilestilbestrol durante el embarazo tienen mayor riesgo de cáncer vaginal (Li, Hursting, Davis, McLachlan y Barrett, 2003). Además, las mujeres que tienen familiares con cáncer de colon están en mayor riesgo de cáncer ovárico. Se sospecha que el exceso de estrógeno contribuye al cáncer mamario debido a su cometido natural de estimular el crecimiento de las células mamarias. El tratamiento de restitución hormonal a largo plazo podría incrementar el riesgo de la mujer de cáncer mamario y ovárico, aunque a la fecha la investigación no es concluyente.

RECUADRO 31-1 Factores de riesgo para cáncer y acciones que reducen el riesgo

Evitar el uso de productos de tabaco y la exposición a ellos.
El tabaquismo es la causa principal de muerte por cáncer pulmonar tanto en varones como en mujeres. También es responsable de un tercio de todas las muertes por cáncer y de la mayoría de los cánceres de laringe, cavidad bucal y esófago. Guarda estrecha relación con el desarrollo de cánceres de vejiga, riñón, páncreas y cuello uterino, así como con la muerte por ellos (National Cancer Institute, 2012).

Limitar la exposición al sol. Usar bloqueadores solares (con FPS [factor de protección solar] entre 15 y 30 y evitar los baños de sol.
La exposición repetida a rayos ultravioletas del sol, lámparas solares y camas de bronceado eleva el riesgo de cáncer de piel, en particular en personas de piel clara.

Comer alimentos ricos en fibra, frutas y hortalizas; limitar el consumo de carnes rojas, grasas, alimentos fritos, encurtidos, ahumados o curados.
Los investigadores han descubierto que las personas que consumen alimentos ricos en grasa animal tienen mayores tasas de cáncer estomacal y colorrectal que quienes comen alimentos bajos en grasa animal (Doyle, 2007; Palli y cols., 2000). Otros estudios demuestran que un mayor riesgo de cáncer pancreático y mamario se relaciona con la ingesta de carne muy frita o muy asada. Procesar en el horno de microondas esas carnes por un mínimo de 2 min antes de cocinarlas probablemente reduce el riesgo (Thomas, 2003).

Mantener el peso dentro del intervalo ideal; realizar ejercicio y actividad física.
La obesidad eleva las tasas de cáncer de próstata, páncreas, útero y colon, y de ovario y mama en mujeres mayores. El ejercicio podría reducir el riesgo de cáncer mamario.

Protegerse contra la exposición a carcinógenos conocidos.
La contaminación del agua potable por nitrato, una sustancia química usada en los fertilizantes, se ha relacionado con un mayor riesgo de linfoma no Hodgkin (Ward, Cerhan, Colt y Hartge, 2006). El riesgo guarda correlación directa con el nivel de consumo de nitratos y es particularmente alto en zonas rurales. Las hortalizas con alto contenido de nitrato no conllevan el mismo riesgo.
Antes de la década de 1950, se usaban rayos X para tratar acné, tiña de la cabeza e hipertrofia de timo, amígdalas y adenoides. Esta exposición a radiación incrementa el riesgo de cáncer tiroideo. La exposición a asbesto, níquel, cadmio, uranio, radón, cloruro de vinilo, benceno y otras sustancias también eleva el riesgo de cáncer.
El radón puede entrar en las casas por grietas en los cimientos. En lugares sin ventilación adecuada, ese gas puede alcanzar concentraciones que elevan en grado sustancial el riesgo de cáncer pulmonar (Boffetta, 2006; Duckworth, FrankStromborg, Oleckno, Duffy y Burns, 2002).

Limitar el consumo de alcohol.
El alto consumo de alcohol incrementa el riesgo de cáncer de boca, garganta, esófago, laringe e hígado.

Discutir la quimioprevención con el médico si los antecedentes familiares elevan el riesgo de cáncer.
Las alteraciones hereditarias en los genes *BRCA1* y *BRCA2* (abreviaturas en inglés de *breast cancer 1* y *breast cancer 2*) intervienen en muchos casos de cáncer de mama y de ovario hereditarios. El riesgo de que *BRCA1* o *BRCA2* se relacionen con estos cánceres es máximo en mujeres con antecedente familiar de múltiples casos de cáncer mamario, con al menos un familiar que padezca dos cánceres primarios en distintos sitios o que tenga ancestros judíos de Europa oriental (asquenazíes) (American Cancer Society, 2007; Brekelmans y cols., 2001).

Las enfermeras gerontológicas deben actuar con criterio al clasificar los factores de riesgo para que al pro-mover hábitos de salud positivos no alarmen a los pacientes con afirmaciones sin fundamento. Por ejemplo, algunas personas piensan que como el estrés y otras emociones «tóxicas» pueden deprimir el funcionamiento inmunitario, quizás también contribuyan al cáncer. En la actualidad no hay pruebas concluyentes de esta relación. Otro ejemplo es el temor de muchas personas de que los edulcorantes artificiales causen cáncer, pero no se ha demostrado este vínculo (Samuels, 2007). El National Cancer Institute tampoco ha demostrado ninguna relación entre café y cáncer, otra creencia común. Asimismo, no hay evidencias claras de que los aditivos para alimentos sean factores de riesgo para cáncer.

También ha habido considerable debate acerca de la participación del agua fluorada en el desarrollo de cáncer. Sin embargo, en los numerosos estudios realizados no se han hallado pruebas de que el fluoruro eleve el riesgo de cáncer y el National Cancer Institute (2012) apoya esta posición.

Además de enseñar medidas preventivas, las enfermeras deben educar a los mayores sobre la detección del cáncer, una medida importante para mejorar los resultados en pacientes que lo sufren. La detección precoz a menudo mejora el pronóstico del cáncer y debe recomendarse a personas de todas las edades. Algunos seguros médicos reembolsan el coste de las pruebas de detección de cánceres mamario, cervicouterino, colorrectal y prostático. En el recuadro 31-2 se describen las pruebas recomendadas.

TRATAMIENTO

Tratamiento ordinario

El plan de tratamiento depende del cáncer específico; sin embargo, las formas terapéuticas más habituales son cirugía, radiación, quimioterapia y tratamiento biológico. Aunque a los pacientes mayores sometidos a estos tratamientos se aplican las mismas medidas básicas de atención que a los adultos de cualquier edad, hay algunos riesgos característicos. Las personas de más de 70 años tienen mayor riesgo de morir por cualquier intervención quirúrgica y sus complicaciones, y este riesgo aumenta en operaciones de urgencia o no planificadas, como tal vez ocurra cuando se detecta una masa inesperada. La edad avanzada puede afectar la farmacocinética y farmacodinámica de los fármacos citotóxicos y elevar el riesgo de complicaciones (p. ej., efectos tóxicos en corazón y sistema nervioso, y mielodepresión). Es necesario ajustar de forma cuidadosa las dosis para tener en cuenta los cambios en la velocidad de filtración glomerular y otras diferencias. Por suerte no existe diferencia significativa entre las personas mayores y otros adultos en la capacidad para tolerar la radioterapia.

RECUADRO 31-2 Detección recomendada de cáncer en personas mayores

- Revisión anual de cavidad bucal, tiroides, mamas, ovarios, testículos y piel.
- Mamografía anual.
- Prueba anual de sangre oculta en heces.
- Sigmoidoscopia flexible cada 5 años o colonoscopia cada 10 años.
- Enema de bario con doble contraste cada 5 años.
- Prueba de Papanicolaou cada 2 a 3 años si tres pruebas consecutivas han sido normales; la American Cancer Society sugiere que las mujeres de 70 años o más con tres pruebas consecutivas normales y ninguna anómala en los últimos 10 años pueden elegir dejar de hacerse la prueba de detección de cáncer cervicouterino.
- Biopsia endometrial anual en mujeres con alto riesgo de cáncer de colon hereditario distinto de poliposis.

PARA REFLEXIONAR

¿Cuáles serían sus principales preocupaciones si se enfrentara a un tratamiento para cáncer?

Medicina complementaria y alternativa

Utilizan tratamientos de medicina complementaria y alternativa (MCA) alrededor de la mitad de todos los estadounidenses y más del 80% de las personas con cáncer en ese país (Hlubocky, Ratain, Web y Daughtery, 2007). Esos tratamientos incluyen dietas especiales, psicoterapia, prácticas espirituales, complementos vitamínicos y remedios herbolarios.

Los tratamientos de MCA a menudo son atractivos para los pacientes con cáncer debido a las filosofías de curación y los enfoques usados. Los practicantes de la MCA tienden a poseer una orientación holística. No sólo les interesa tratar la enfermedad, sino que es probable que estén igual o más preocupados por la persona en su totalidad. Los practicantes de la MCA ofrecen:

- *Atención centrada en la relación:* dedican el tiempo a investigar sobre las características individuales de los pacientes y hacen un viaje único con cada uno.
- *Apoyo:* aprender a vivir con cáncer es desafiante y demandante. Incluso si se eliminan las células malignas, puede haber dolor emocional y espiritual. Los practicantes de la MCA ofrecen aceptación y comprensión incondicionales de los pacientes «donde estén».
- *Sociedad para la curación:* los practicantes de la MCA respetan los derechos de los pacientes de controlar su atención y su vida, y consideran que su función es empoderarles, facilitarles el proceso de curación y apoyarles en él.
- *Confort:* muchos tratamientos de MCA implican un alto grado de contacto (es decir, son terapias de «manos a la obra» como masaje, contacto terapéutico, contacto sanador) y alivian el estrés y el malestar. Sus practicantes brindan confort psicológico al tomarse el tiempo necesario para escuchar, dar seguridades y estar emocionalmente disponibles.
- *Esperanza:* en particular cuando la medicina ortodoxa ha agotado sus tratamientos, los practicantes de la MCA ofrecen opciones que pueden dar esperanza y aliento al saber que algo se está intentando. Los pacientes pueden sanar—esto es, tener un sentido de plenitud y disfrutar la mejor calidad de vida posible— pese a tener una enfermedad incurable.

PARA REFLEXIONAR

¿Por qué podría buscar tratamientos complementarios y alternativos si se les diagnosticara cáncer a usted o un ser querido?

Aunque la MCA puede contribuir a la atención de un paciente, no es aconsejable que todos recurran a estas terapias sin ponderar de manera cuidadosa los riesgos y beneficios. Las etiquetas *natural* u *holístico* no garantizan que la terapia sea segura o la mejor opción para las circunstancias específicas del paciente. En el recuadro 31-3

se presentan algunas preguntas que las enfermeras pueden hacer para ayudar a los pacientes a evaluar las MCA. Las enfermeras harán un gran servicio a los pacientes al ayudarlos a aclarar las afirmaciones de quienes promueven terapias y productos para tratar el cáncer. El National Cancer Institute y el National Center for Complementary and Alternative Medicine (*v.* Recursos al final del capítulo) ofrecen ayuda para evaluar las afirmaciones de las MCA.

El conocimiento de la MCA aumenta con rapidez y lo que hoy es hipótesis podría comprobarse o refutarse mañana. Las enfermeras se enfrentan al desafío de mantenerse al día sobre este campo en crecimiento de modo que puedan integrar de manera segura y eficaz la MCA en su práctica.

CONCEPTO CLAVE

Durante cada valoración se interroga sobre el uso de MCA y se alienta a los pacientes a informar a su médico de todas las terapias y productos que están usando.

CONSIDERACIONES ENFERMERAS PARA ADULTOS MAYORES CON CÁNCER

Educación del paciente

Las enfermeras gerontológicas tienen el compromiso de promover el envejecimiento saludable. Una manera de demostrarlo consiste en incrementar la consciencia acerca de medidas que pueden prevenir el cáncer (*v.* recuadro 31-1). Las oportunidades de educar a los individuos van desde dar clases formales a grupos hasta discutir opciones de cambio cuando se identifican factores de riesgo durante valoraciones individuales. No es necesario que esta educación se limite a personas mayores. La prevención del cáncer entre individuos más jóvenes promoverá una población mayor más sana en el futuro.

Las enfermeras tienen un importante cometido para asegurar que los pacientes comprenden los signos de advertencia del cáncer. El uso que la American Cancer Society (2012) hace de la palabra *CAUTION*, precaución, donde cada letra representa la primera letra de un signo de advertencia, es una manera útil de recordar éstos:

- Cambio en los hábitos de defecación o micción.
- Una llAga (Asore) que no cicatriza.
- Sangrado o drenaje inusuales (***Unusual***).
- Engrosamiento (***Thickening***) o masa en la mama u otro sitio.
- Indigestión o dificultad para deglutir.
- Cambio evidente (***Obvious***) en una verruga o una mola.
- Tos persistente molesta (***Nagging***) o ronquera.

Además, las enfermeras valoran el conocimiento de los pacientes sobre el autoexamen en busca de cáncer (p. ej., examen de mamas, examen testicular e

inspección de piel) y dan instrucción según sea necesario. Para el paciente incapaz de realizar el autoexamen, la enfermera diseña un plan a fin de que los cuidadores realicen esos exámenes por el paciente siguiendo un programa regular. Es importante averiguar las fechas de las últimas pruebas para detección de cáncer y remitir a la persona para su realización según se requiera.

RECUADRO 31-3 Preguntas que deben hacerse al evaluar una terapia complementaria o alternativa

- ¿Cuál es el objetivo o resultado esperado de la terapia?
- ¿Es la terapia compatible con otros tratamientos que se siguen?
- ¿Si se recurre a la medicina complementaria o alter-nativa se retrasará de forma grave la búsqueda o aplicación de un tratamiento ordinario?
- ¿Se requiere capacitación, acreditación o licencia especiales de los practicantes del tratamiento? En tal caso, ¿está calificado el practicante que se elige para realizar la terapia?
- ¿Qué riesgos se relacionan con la terapia? ¿Los riesgos exceden los beneficios?
- ¿Cuáles son los efectos secundarios esperados?
- ¿Cuál es el coste?
- ¿Cuántos tratamientos se requerirán? ¿Cuánto tiempo deberá usarse el producto?
- ¿Algún seguro de salud cubre el tratamiento?
- ¿Qué investigación existe en apoyo de la terapia? ¿Cuál ha sido la duración de los estudios, cuál fue su calidad, quién los realizó?
- ¿Está dispuesto el terapeuta a dar los nombres de otros pacientes que han hecho uso de sus servicios?
- ¿Existen «banderas rojas» (p. ej., naturaleza secreta del tratamiento, renuencia a revelar ingredientes del producto, necesidad de viajar a otro país para obtener el tratamiento, requisito de suspender todos los demás tratamientos)?

Promoción de cuidados óptimos

Cuando se establece el diagnóstico de cáncer, la enfermera puede ayudar al paciente a obtener la mejor atención posible. Algunos centros de oncología se especializan en un cáncer específico y están en posibilidad de ofrecer más opciones a los pacientes que otras instituciones. Además, según resulte apropiado, la enfermera ayuda a los pacientes a contactar al National Cancer Institute a fin de informarse sobre ensayos clínicos de los que podrían beneficiarse.

Los mayores que reciben radiación y quimioterapia requieren la misma atención básica y se enfrentan a los mismos riesgos generales que los adultos de cualquier edad sometidos a esos tratamientos; para dar orientación debe consultarse la bibliografía sobre enfermería oncológica. Sin embargo, los retos que afrontan los mayores pueden ser más difíciles debido a factores relacionados con la edad que contribuyen al incremento de los riesgos de desnutrición, deshidratación, estreñimiento, inmovilidad, deterioro de la integridad cutánea e infección. Son esenciales la estrecha vigilancia y las medidas para prevenir complicaciones (p. ej., informar de cambios en los signos vitales o aumento de la fatiga).

Un temor importante relacionado con el cáncer es el dolor. Debe asegurarse a los pacientes que éste puede manejarse. La enfermera debe valorar el dolor con regularidad y ayudar a diseñar un plan para prevenirlo y tratarlo. (*v.* en cap. 16 una

exposición de las medidas de confort.)

En otros capítulos se presenta más información sobre tipos específicos de cánceres, por ejemplo, cáncer de colon (cap. 21), de próstata (cap. 23), de pulmón (cap. 19), de estómago (cap. 21), de testículos (cap. 23) y de páncreas (cap. 21).

Apoyo a pacientes y familiares

El diagnóstico de cáncer es abrumador y estresante para muchos pacientes. Es posible que los mayores recuerden las terribles experiencias de personas con cáncer que conocieron a lo largo de su vida —personas a las que se diagnosticó años antes cuando las opciones de tratamiento eran mucho más limitadas que en la actualidad— y teman que su perspectiva será similar. Tal vez teman experimentar dolor, deformidad y pérdida de independencia. El coste del tratamiento podría ser una carga importante para el paciente y su familia. Algunos planes y metas tal vez tengan que ceder su lugar cuando el tratamiento de la enfermedad ocupe el centro del escenario. Los pacientes necesitarán un fuerte apoyo durante este tiempo. Es importante consultar al médico para conocer el diagnóstico, el plan de tratamiento y el pronóstico. La enfermera valora la comprensión del paciente, aclara ideas erróneas y ofrece explicaciones cuando es necesario. Es importante dar la oportunidad de que el paciente exprese sus sentimientos.

Familiares y allegados pueden compartir las preocupaciones del paciente y tener otras propias. Por ejemplo, a una esposa podría preocuparle que el coste del tratamiento de su marido o su muerte la dejen en una posición económica vulnerable. O a una hija podría afligirle que su padre no sobreviva para verla casarse. Esas personas también necesitan apoyo. (Las ramas locales de la American Cancer Society o sus equivalentes en otros países ofrecen información sobre grupos de apoyo para personas con cáncer y sus seres queridos.)

CONCEPTO CLAVE

Debe recordarse que el diagnóstico de cáncer perturba otras vidas además de la del paciente.

CASO A CONSIDERAR

A Carmen S., de 62 años, se le diagnosticó cáncer de mama y después de someterse a una lumpectomía comenzó a recibir quimioterapia. Se ha mostrado optimista y ansiosa por avanzar en su tratamiento. Durante una de las terapias es acompañada por su hermana de 55 años. La hermana está bastante ansiosa. Comenta a la enfermera que su madre tuvo cáncer mamario a los 65 años y vivió hasta los 82, cuando murió de cáncer pulmonar. «Ahora», dice, «Carmen tiene la enfermedad y sé que yo soy la siguiente en la fila». Señala a la enfermera que está «pensando en someterse a mastectomía bilateral para evitar el destino de mi madre y mi hermana».

PENSAMIENTO CRÍTICO

- ¿Cómo reaccionaría la enfermera a las preocupaciones de la hermana?
- ¿Cómo podrían los sentimientos de la hermana afectar a Carmen?
- ¿Qué apoyo puede ofrecérsele a Carmen?

Los pacientes pueden experimentar una variedad de reacciones al enfrentar su enfermedad, como depresión, duelo, culpa, ira, ajuste y aceptación. De modo similar a como ocurre con el duelo que se experimenta en el proceso de morir, pueden aflorar hacia dentro y fuera en diversas etapas y diferentes momentos. Es esencial ser sensible al estado emocional y espiritual del paciente durante cada encuentro. La enfermera debe recordar que es posible que los familiares experimenten estas mismas fluctuaciones emocionales.

Los pacientes con cáncer terminal requieren apoyo físico, emocional y espiritual porque se enfrentan a muchos desafíos (recuadro 31-4). Las necesidades de estos pacientes y sus familias pueden cambiar y demandan reevaluación y ajuste regulares del plan de cuidados. En el capítulo 39 se ofrecen directrices para la atención al final de la vida que son aplicables a los pacientes con cáncer terminal.

RECUADRO 31-4 Posibles diagnósticos enfermeros de pacientes con cáncer terminal

INTERCAMBIO

Desequilibrio nutricional: ingesta menor a las necesidades.
Riesgo de infección.
Estreñimiento.
Deterioro de la eliminación urinaria.
Déficit de volumen de líquidos.
Deterioro del intercambio de gases.
Limpieza ineficaz de las vías aéreas.
Patrón respiratorio ineficaz.
Riesgo de lesión.
Riesgo de aspiración.
Deterioro de la integridad tisular.

COMUNICACIÓN

Deterioro de la comunicación verbal.

RELACIÓN

Deterioro de la interacción social.
Aislamiento social.
Desempeño ineficaz del rol.
Tensión del rol de cuidador.

VALORES

Sufrimiento espiritual.

ELECCIÓN

Afrontamiento ineficaz.
Negación ineficaz.
Conflicto de decisiones.

MOVILIDAD

Deterioro de la movilidad física.
Intolerancia a la actividad.
Fatiga.
Trastorno del patrón de sueño.
Déficit de autocuidado de alimentación/baño/vestido/ arreglo/uso del inodoro.
Deterioro de la deglución.

PERCEPCIÓN

Trastorno de la imagen corporal.
Desesperanza.
Impotencia.

CONOCIMIENTOS

Conocimientos deficientes.
Confusión aguda.

SENSACIONES

Dolor agudo.
Dolor crónico.
Náuseas.
Duelo anticipado.
Ansiedad.
Temor.
Riesgo de suicidio.

LLEVANDO LA INVESTIGACIÓN A LA VIDA

DETECCIÓN DE CÁNCER COLORRECTAL EN PACIENTES DE DIVERSOS GRUPOS ÉTNICOS CON BAJO INGRESO: UN ENSAYO CONTROLADO ALEATORIZADO

Lasser, K. E., Murillo, J., Lisboa, S., Casimir, N., Valley-Shah, L., Emmons, K. M., Ayanian, J. Z., y cols. (2011). Archives of Internal Medicine, 171(10), 906–912.

Tras reconocer que uno de cada tres adultos de 50 a 75 años no se somete a pruebas de detección de cáncer colorrectal, en este estudio se intentó determinar si una estrategia con profanos como «navegadores» del sistema de salud podía alentar una mayor participación en la detección de cáncer. Los pacientes se asignaron al azar a un grupo que recibiría asistencia para navegar en el sistema de salud o a un grupo que recibiría una carta y un folleto acerca de detección colorrectal de su proveedor de servicios de salud, seguidos de una llamada telefónica de un navegador con fluidez en la lengua materna del paciente. Además de alentar la detección colorrectal, los navegadores ayudaron a los pacientes a resolver problemas con el seguro y

a programar citas. Los navegadores fueron supervisados por una enfermera.

En el transcurso de un año, los pacientes del grupo que recibió la intervención tuvieron mayores tasas de investigación y detección de cáncer.

Este estudio es un recordatorio de que las pruebas diagnósticas más completas en el mundo sirven de poco si las personas no acceden a ellas debido a falta de conocimiento, barreras de lenguaje, baja motivación o problemas para navegar en el sistema de atención de la salud. Los profanos que son pares de los pacientes pueden ser recursos eficaces para cambiar percepciones y prácticas. Además, las enfermeras pueden demostrar liderazgo al abogar por tales programas y establecerlos.

REALIDADES PRÁCTICAS

A la Sra. Estrada, de 62 años, se le diagnosticó cáncer mamario. Ella visita el departamento de oncología de un hospital y el oncólogo le recomienda quimioterapia, radiación y lumpectomía. La Sra. Estrada, soltera y muy atractiva, expresa preocupación por los tratamientos que le esperan. Cuando falta a su siguiente cita y no llama al consultorio, una enfermera la llama para reprogramar su cita. Ella le dice que no se someterá a los tratamientos recomendados porque ha encontrado a un practicante de medicina alternativa que afirma que puede curar su cáncer con una dieta especial, complementos alimenticios y ejercicios de pensamiento positivo. «Puedo tratar mi cáncer, mejorar mi salud general y no me mutilarán, quemarán ni dejarán calva», dice emocionada.

¿Qué podría hacerse en esta situación?

EJERCICIOS DE PENSAMIENTO CRÍTICO

1. Diseñar el contenido de un programa de educación en materia de salud para un grupo de ciudadanos mayores con el tema «Prevención, riesgos y diagnóstico de cáncer».
2. Describir factores del estilo de vida actual que podrían influir en el riesgo de cáncer en generaciones futuras de personas mayores.
3. Desarrollar un plan de cuidados para una persona mayor a quien se diagnosticó cáncer pulmonar; el plan debe integrar tratamientos ortodoxos y MCA.
4. ¿Qué acciones podrían emprender las enfermeras en sus comunidades para reducir los riesgos de cáncer?

RECURSOS

American Cancer Society
http://www.cancer.org
National Breast Cancer Foundation
http://www.nationalbreastcancer.org

National Cancer Institute
http://www.cancer.gov 1-800-4-CANCER (1-800-422-6237)
TTY (for deaf and hard of hearing callers): 1-800-332-8615
National Center for Complementary and Alternative Medicine
http://www.nccam.nih.gov 1-888-644-6226 (toll free)
National Comprehensive Cancer Network
http://www.nccn.org

REFERENCIAS

American Cancer Society. (2006). *Cancer facts and figures 2002*. Atlanta, GA: American Cancer Society.

American Cancer Society. (2012). *Detailed guide: Breast cancer. What are the risk factors for breast cancer?* Retrieved October 10, 2012 from http://www.cancer.org/Cancer/ BreastCancer/DetailedGuide/breast-cancer-risk-factors

Boffetta, P. (2006). Human cancer from environmental pollutants: The epidemiological evidence. *Mutation Research, 608*(2), 157–162.

Bradley, C. J., Given, C. W., Dahman, B., Luo, Z., & Virnig, B. A. (2007). Diagnosis of advanced cancer among elderly Medicare and Medicaid patients. *Medical Care, 45*(5), 410–419.

Brekelmans, C. T. M., Seynaeve, C., Bartels, C. C. M., Tilanus-Linthorst, M. M., Meijers-Heijboer, E. J., Crepin, C. M., Klijn, J. G., et al.; Rotterdam Committee for Medical and Genetic Counseling. (2001). Effectiveness of breast cancer surveillance in BRCA1/2 gene mutation carriers and women with high familial risk. *Journal of Clinical Oncology, 19*(4), 924–930.

Doyle, V. C. (2007). Nutrition and colorectal cancer risk: A literature review. *Gastroenterology Nursing, 30*(3), 178–182.

Duckworth, L. T., Frank-Stromborg, M., Oleckno, W. A., Duffy, P., & Burns, K. (2002). Relationship of perception of radon as a health risk and willingness to engage in radon testing and mitigation. *Oncology Nursing Forum, 29*(7), 1099–1107.

Hlubocky, F. J., Ratain, M. J., Web, M., & Daughtery, C. K. (2007). Complementary and alternative medicine among advanced cancer patients enrolled on phase I trials: A study of prognosis, quality of life, and preferences for decision making. *Journal of Clinical Oncology, 25*(5), 548–554.

Li, S., Hursting, S. D., Davis, B. J., McLachlan, J. A., & Barrett, J. C. (2003). Environmental exposure, DNA methylation, and gene regulation: Lessons from diethylstilbestrol-induced cancers [review]. *Annals of the New York Academy of Science*, 983, 161–169

National Cancer Institute. (2012). *Fluoridated water*. National Cancer Institute's Cancer Facts website. Retrieved October 10, 2012 from http://www.cancer.gov/cancertopics/fact-sheet/Risk/fluoridated-water/print

National Cancer Institute (2012). Harms of smoking and health benefits of quitting. Accessed October 10, 2012, http://www.cancer.gov/cancertopics/factsheet/Tobacco/ cessation

National Center for Health Statistics. (2012). *Leading causes of death*. Retrieved June 22, 2012 from http://www.cdc.gov/nchs/fastats/lcod.htm

Palli, D., Russo, A., Sajeva, C., Salvini, S., Amorosi, A., & Decarli, A. (2000). Dietary and familial determinants of 10-year survival among patients with gastric carcinoma. *Cancer, 89*, 1205–1213.

Samuels, A. (2007). Aspartame consumption and incidence of hematopoietic and brain cancers. *Cancer Epidemiology, Biomarkers, and Prevention, 16*(7), 527–528.

Thomas, C. (2003). *Common sense about food and cancer*. Cancerpage.com. Retrieved May 27, 2003 from www.cancerpage.com/news/article.asp?id=2169

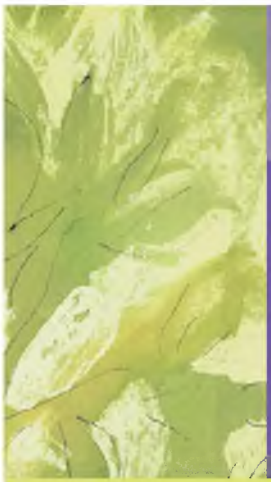
Turchetti, D., Cortesi, L., Federico, M., Romagnoli, R., & Silingardi, V. (2002). Hereditary risk of breast cancer: Not only BRCA. *Journal of Experimental Clinical Cancer Research, 21*(3 Suppl.), 17–21.

Walker, L., & Covinsky, K. E. (2001). Cancer screening in elderly patients: A framework for individualized decision making. *Journal of the American Medical Association, 285*, 2750–2765.

Ward, M. H., Cerhan, J. R., Colt, J. S., & Hartge, P. (2006). Risk of non-Hodgkin lymphoma and nitrate and nitrite from drinking water and diet. *Epidemiology, 17*(4), 375–382.

LECTURAS RECOMENDADAS

Las lecturas recomendadas relacionadas con este capítulo pueden encontrarse en el sitio web que acompaña al libro. Visítese **http://thepoint.lww.com/espanol-Eliopoulos8e** para acceder a las lecturas recomendadas y otros recursos adicionales vinculados con este capítulo.



CAPÍTULO 32

Trastornos de la salud mental

RESUMEN DEL CAPÍTULO

Envejecimiento y salud mental

Promoción de la salud mental en los adultos mayores

Trastornos frecuentes de la salud mental

- Depresión.
- Ansiedad.
- Abuso de alcohol.
- Paranoia.
- Hipocondría.

Consideraciones enfermeras para los trastornos de la salud mental

- Vigilancia de la medicación.
- Promoción de un autoconcepto positivo.
- Manejo de problemas de conducta.

La salud mental es la capacidad para afrontar y manejar de manera eficaz los factores de estrés de la vida en un esfuerzo por alcanzar un estado de homeostasis emocional. Las personas mayores poseen una ventaja sobre otros grupos de edad, en el sentido de que es probable que hayan tenido más experiencia con el afrontamiento, la resolución de problemas y el manejo de crisis en virtud de los años que han vivido. La mayoría de las personas mayores sufre pocas decepciones acerca de lo que es o lo que va a ser. Saben dónde han estado, qué han

logrado y quiénes son en realidad. Inmigrar a otro país, ver a los seres queridos morir en epidemias, combatir en guerras mundiales y sobrevivir a la Gran Depresión pueden ser algunos de los numerosos factores de estrés que los mayores de hoy enfrentaron y superaron. Tales experiencias les dieron una fortaleza única que no debe subestimarse.

OBJETIVOS DE APRENDIZAJE

Después de estudiar este capítulo, el lector será capaz de:

1. Describir las realidades de la salud y la enfermedad mentales en la edad avanzada.
2. Enumerar medidas que promuevan la salud mental en personas mayores.
3. Describir los síntomas y cuidados de la persona mayor con depresión.
4. Identificar indicaciones de ideas suicidas en individuos mayores.
5. Describir intervenciones para reducir la ansiedad en mayores.
6. Discutir el alcance y los signos del abuso de alcohol en la población de edad avanzada.
7. Enumerar razones de la hipocondría en adultos mayores.
8. Identificar factores que deben considerarse en la vigilancia de medicamentos psicotrópicos en mayores.
9. Describir factores que promueven un auto-concepto positivo en personas mayores.
10. Identificar intervenciones enfermeras para manejar el comportamiento disruptivo relacionado con trastornos de la salud mental en la población mayor.

CONCEPTOS BÁSICOS

Hipocondría: preocupación o temor excesivos de tener una enfermedad grave.
Homeostasis emocional: equilibrio de las emociones.
Seudodemencia: padecer falsa demencia, lo que ocurre cuando las personas presentan déficits cognitivos secundarios a depresión.

Sin embargo, poseer esta fortaleza no implica que la población mayor esté exenta de enfermedad psiquiátrica. Más personas que nunca sobreviven hasta edades avanzadas y muchas llevan hasta sus últimos años los problemas de salud mental que los aquejaron durante toda la vida. Además, los muchos desafíos y pérdidas de la senectud pueden exceder los recursos físicos, emocionales y sociales de algunas personas y propiciar la enfermedad mental. Al promover la salud mental, detectar

problemas de manera temprana y minimizar el impacto de problemas psiquiátricos existentes, las enfermeras pueden ayudar a las personas mayores a optimizar su satisfacción y funcionamiento.

PARA REFLEXIONAR

¿Qué significa para usted la salud mental?

ENVEJECIMIENTO Y SALUD MENTAL

Prevalecen muchos mitos acerca de la salud mental en las personas mayores. Por ejemplo, todavía hay quien cree que pérdida del funcionamiento mental, «senilidad» o incompetencia mental son parte natural de la edad avanzada. Las descripciones de los individuos mayores como infantiles, rígidos o severos popularizan estereotipos acerca de la personalidad en la vejez. Con frecuencia, estas ideas erróneas están tan difundidas, que cuando una persona mayor presenta signos patológicos, se considera normal y no se hacen intentos por intervenir. Las enfermeras tienen un cometido importante para asegurar que se comprendan los mitos y las realidades de la salud mental en la edad avanzada.

El funcionamiento cognitivo en la ancianidad es individualizado; está basado en los recursos personales, el estado de salud y las experiencias únicas de la vida de la persona. La incidencia de enfermedad mental es más alta entre las personas mayores que entre los jóvenes. Una cantidad importante de personas mayores en la comunidad y en residencias para ancianos tiene síntomas de problemas de salud mental graves. Alrededor del 10% de la población mayor tiene un problema de alcoholismo y la tasa de suicidio consumado entre mayores aún es la más alta de cualquier grupo de edad en Estados Unidos; casi un cuarto de todos los suicidios es cometido por personas de 65 años o más (Loebel, 2005). La depresión aumenta en prevalencia e intensidad a medida que las personas envejecen (Centers for Disease Control and Prevention, 2005). Las múltiples pérdidas, los trastornos sensoriales y las alteraciones, molestias y demandas propias de las enfermedades que aquejan con frecuencia a los adultos mayores ponen el escenario para que surja una variedad de problemas de salud mental.

CONCEPTO CLAVE

El funcionamiento cognitivo varía mucho de un individuo mayor a otro con base en su estado de salud, sus experiencias y recursos personales.

PROMOCIÓN DE LA SALUD MENTAL EN LOS ADULTOS MAYORES

La salud mental en la edad avanzada implica satisfacción e interés por la vida. Esto puede manifestarse de diversas maneras, que van desde la reflexión silenciosa hasta la actividad frenética. El individuo tranquilo que permanece en casa no necesariamente tiene menos capacidad mental o salud mental que aquel otro que participa de modo activo en cada programa comunitario posible. No hay un único perfil de salud mental; por tanto, deben evitarse los intentos de valorar el estado mental de un individuo mayor con base en cualquier estereotipo dado.

Las prácticas de salud mental adecuadas durante toda la vida del individuo promueven la salud mental en etapas posteriores. Para preservar la salud mental, es necesario que las personas mantengan las actividades e intereses que les resultan satisfactorios. Requieren oportunidades para percibir su valor como miembros de la sociedad y para reforzar su autoestima. La seguridad que ofrecen un ingreso económico adecuado, una vivienda segura, los medios para satisfacer las necesidades humanas básicas y el apoyo y asistencia durante situaciones estresantes promueve la salud mental. La conexión con otros también es un aspecto de la salud mental. Por último, un componente básico para la preservación y promoción de la salud mental que nunca deberá sobreestimarse es la importancia de una salud física óptima.

CONCEPTO CLAVE

Las prácticas de salud mental adecuadas durante toda la vida promueven la salud mental en la edad avanzada.

Las enfermeras deben reconocer que hay veces en la vida de todo el mundo en que ocurren conflictos que alteran la capacidad para manejar el estrés. Los mismos principios que guían la atención de los problemas de salud física pueden aplicarse al cuidado de personas con problemas de salud mental. Las acciones siguientes están relacionadas con los principios que pueden aplicarse en la atención:

- *Fortalecer la capacidad del individuo para manejar el trastorno*: fomentar la mejora de la salud física, la nutrición adecuada, el aumento de los conocimientos, la actividad significativa, el manejo del estrés, la mejora de los ingresos y la socialización.
- *Eliminar o minimizar las limitaciones impuestas por el trastorno*: procurar la estabilidad en los cuidados, no apoyar las alucinaciones, orientar en la realidad, corregir problemas físicos y modificar el ambiente para compensar déficits.
- *Actuar por el individuo o suplirlo sólo cuando sea absolutamente necesario*: seleccionar una alimentación adecuada, ayudar con el baño, administrar medicamentos, manejar los asuntos económicos y coordinar las actividades del paciente.

Los trastornos de la salud mental deben verse desde la perspectiva del mundo completo del paciente. Los mayores se enfrentan a muchos problemas que desafían su homeostasis emocional, como los siguientes:

- *Enfermedad:* afrontamiento, demandas de autocuidado relacionadas, dolor,

alteración del funcionamiento o la imagen corporal.

- *Muerte:* amigos, familiares, persona significativa que daba apoyo.
- *Jubilación*: pérdida de estatus, rol, ingreso, sentido de finalidad.
- *Aumento de la vulnerabilidad*: crimen, enfermedad, discapacidad, abuso.
- *Aislamiento social*: falta de medio de transporte, recur-sos económicos, salud y amigos.
- *Déficit sensoriales*: disminución o pérdida de audición, visión, gusto, olfato, tacto.
- *Mayor consciencia de la propia mortalidad*: mayor frecuencia de muertes entre los pares.
- *Incremento del riesgo de institucionalización, dependencia*: pérdida de las capacidades para el autocuidado en grados variables.

Si se tienen presentes estos factores, algunos de los síntomas mostrados pueden ser reacciones normales a las circunstancias del momento (fig. 32-1). Antes de etiquetar al paciente con un diagnóstico psiquiátrico, la enfermera debe explorar esos factores en su comportamiento y abordar la causa del problema y no sólo sus efectos.

La valoración astuta ayuda a distinguir entre reacciones normales a los sucesos de la vida y trastornos de la salud mental (Guía de valoración 32-1). En la tabla Diagnóstico enfermero 32-1 se describen posibles diagnósticos que la valoración puede revelar.

FIGURA 32-1. ■ La valoración aguda del comportamiento y el funcionamiento cognitivo ayuda a distinguir los síntomas de enfermedad psiquiátrica de las reacciones normales a los acontecimientos de la vida.

TRASTORNOS FRECUENTES DE LA SALUD MENTAL

Depresión

La depresión es el problema más frecuente que los psiquiatras tratan en personas mayores y aunque la depresión mayor declina con la edad, la depresión menor aumenta en incidencia con el envejecimiento. Diversas fuentes estiman la prevalencia de depresión en 15% a 25% de personas mayores que viven en la comunidad y hasta

en 25% de adultos mayores usuarios de residencias para enfermos crónicos; otro 20 a 30% de usuarios de residencias para adultos mayores muestra síntomas de depresión aunque no tenga el diagnóstico de depresión clínica (Centers for Disease Control y Prevention, 2005).

Si bien los episodios depresivos pueden haber sido un problema de toda la vida en algunos individuos, no es raro que la depresión se manifieste por primera vez en la edad avanzada. De hecho, casi todas las depresiones diagnosticadas en individuos mayores comienzan en la senectud (Fiske, Wetherell, y Gatz, 2009). Esto no resulta sorprendente si se consideran los ajustes y las pérdidas a las que las personas mayores se enfrentan, como el alejamiento de los hijos; la realidad de la jubilación; los cambios significativos o las pérdidas de roles; la reducción de los ingresos, que restringe las actividades de ocio satisfactorias y limita la capacidad para satisfacer necesidades básicas; la disminución de la eficiencia del cuerpo; el cambio en la imagen corporal; la muerte de familiares y amigos, que refuerza la realidad del propio lapso de vida decreciente; y los mensajes crudos y velados de la sociedad en el sentido de que el valor de la persona es inversamente proporcional a su edad. Además, los fármacos pueden causar depresión o agravarla (recuadro 32-1).

GUÍA DE VALORACIÓN 32-1
SALUD MENTAL

SALUD MENTAL

Toda valoración exhaustiva incluye una evaluación del estado mental. Dado que los pacientes pueden estar ansiosos, avergonzados u ofendidos porque se les revisa el estado mental, deben explicárseles la importancia y las razones del examen. La evaluación se aborda de manera natural, sin disculpas ni intimidación, dando seguridades de que es parte de la valoración de cada paciente. Hacer que la persona se sienta cómoda y establecer empatía antes de la valoración reduce algunas de las barreras que se oponen a un examen eficaz.

OBSERVACIONES GENERALES

La valoración del estado mental en realidad comienza en el momento en que la enfermera se encuentra con el paciente. En la observación inicial, se presta atención a los siguientes indicadores de salud mental:

- *Arreglo personal y vestido:* ¿La ropa es apropiada para la temporada, está limpia, presentable y puesta de manera correcta? ¿Está limpio el paciente? ¿Tiene el cabello limpio y peinado? ¿El maquillaje y los accesorios son excesivos o estrafalarios?
- *Postura:* ¿Luce el paciente desgarbado y temeroso? ¿Es normal su alineación corporal?
- *Movimiento:* ¿Presenta movimientos de girar la lengua, espasmos, temblores o retorcimiento de las manos? ¿Son hiperactivos o hipoactivos los movimientos?
- *Expresión facial:* ¿Es como una máscara o exagerada y dramática? ¿Hay indicaciones de dolor, temor o ira?
- *Nivel de conSciencia:* ¿El paciente se queda dormido y es necesario despertarlo (es decir, está letárgico)? ¿Sólo da respuestas incompletas o lentas y es necesario despertarlo a cada instante (es

decir, está estuporoso)? ¿Responde sólo a estímulos dolorosos (es decir, está semiconsciente)? ¿No hay respuesta, ni siquiera a estímulos dolorosos (es decir, está inconciente)? Mientras se observa al paciente, la conversación general puede ayudar a evaluar el estado mental.

Se toma nota de tono de voz, velocidad del habla, capacidad para articular, uso de palabras inusuales o combinaciones inusuales de palabras y de si el habla es apropiada. También se evalúa el estado de ánimo durante este tiempo.

ENTREVISTA

El interrogatorio eficaz precisa mucho acerca de la salud mental del paciente. Se hacen preguntas directas para descubrir problemas específicos, como los siguientes:

- «¿Cómo se siente consigo mismo? ¿Considera que otros dirían que usted es una buena o mala persona?».
- «¿Tiene usted muchos amigos? ¿Cómo se lleva con las personas?».
- «¿Cree que alguien quiere dañarlo? ¿Quién? ¿Por qué?».
- «¿Es usted irritable? ¿Pasa con rapidez de la risa al llanto o de estar feliz a estar triste?».
- «¿Le cuesta trabajo conciliar el sueño o permanecer dormido? ¿Cuánto duerme? ¿Toma algún medicamento o alcohol para que le dé sueño?».
- «¿Cómo es su apetito? ¿Cómo cambian su apetito y su patrón de alimentación cuando está triste o preocupado?».
- «¿A veces se siente nervioso, con palpitaciones, hiperventilación e inquietud?».
- «¿Hay problemas específicos en su vida o algo que le preocupe en este momento?».
- «¿Ve u oye cosas que otras personas no perciben? ¿Alguna vez ha oído voces? En caso afirmativo, ¿qué piensa de ellas?».
- «¿Le causa placer la vida? ¿Espera cada día lo que la vida traerá?».
- «¿Alguna vez ha pensado en el suicidio? En caso afirmativo, ¿cómo eran esas ideas? ¿Cómo lo haría?».
- «¿Siente que está perdiendo algunas de sus capacidades mentales? En caso afirmativo, describa cómo».
- «¿Alguna vez lo han hospitalizado o tratado por problemas mentales? ¿Y a algún familiar?».

Escuchar con atención las respuestas y el modo en que se dan. Es importante captar indicios no verbales.

PRUEBAS COGNITIVAS

Pueden usarse diversos instrumentos validados confiables para valorar el funcionamiento mental, como el Short Portable Mental Status Questionnaire (Pfeiffer, 1975), el Philadelphia Geriatric Center Mental Status Questionnaire (Fishback, 1977), el Mini-Mental Status (Folstein, Folstein y McHugh, 1975), el Symptoms Check List 90 (Derogatis, Lipma, Rickels, Uhlenbath y Covi, 1974), el General Health Questionnaire (Goldberg, 1972), el OARS (Duke University, 1978) y, de manera específica para la depresión, el Zung Self-Rating Depression Scale (Zung, 1965). La mayoría de los instrumentos de evaluación del estado mental exploran: orientación, memoria y retención, capacidad para seguir instrucciones, juicio y cálculo y razonamiento básicos.

Incluso sin usar un instrumento, la enfermera puede valorar el funcionamiento cognitivo básico de las siguientes maneras:

- *Orientación:* se pregunta al paciente su nombre, su lugar de origen, fecha, hora y estación del año.
- *Memoria y retención:* al comienzo de la valoración, se pide al paciente que recuerde tres objetos (p.

ej., reloj, teléfono y barco). Luego se le solicita que enumere los objetos inmediatamente después de que se nombraron; más tarde, después de hacerle otras preguntas, se le pide que vuelva a enumerar los tres objetos; hacia el final de la valoración, se pregunta por última vez cuáles eran los tres objetos

- *Instrucción en tres etapas:* se pide al paciente que realice tres tareas simples (p. ej., «Tome el lápiz, tóquese la cabeza con él y entréguemelo»).
- *Juicio:* se presenta una situación que requiere resolución de problemas básicos y razonamiento (p. ej., «¿Qué significa la oración: 'vale más un pájaro en mano que dos en el árbol'?»).
- *Cálculo:* se pide al paciente que cuente hacia atrás desde 100 disminuyendo de cinco en cinco; si ello le resulta difícil, se le indica que cuente hacia atrás desde 20 disminuyendo de dos en dos. También pueden plantearse problemas aritméticos sencillos, si están dentro del ámbito de la experiencia educativa del paciente.

Siempre que se examine el funcionamiento cognitivo, hay que considerar las experiencias únicas, el nivel educativo y los antecedentes culturales del paciente, así como la participación de déficits sensitivos y problemas de salud, y el estrés relacionado con ser sometido a examen.

Las personas con enfermedad de Alzheimer u otros déficits cognitivos pueden sentirse abrumadas por la valoración y reaccionar con ira, llanto o aislamiento. Esto se conoce como *reacción catastrófica.* Tal vez sea necesario posponer la valoración, tranquilizar al paciente y ofrecerle seguridad.

EXPLORACIÓN FÍSICA

Muchas alteraciones cognitivas tienen como base problemas de salud física; por ello, es esencial que la valoración del estado mental se complemente con un examen físico completo. Asimismo es crucial una revisión completa de los medicamentos que se usan. Además, pueden realizarse diversas pruebas de laboratorio, incluidas las siguientes:

- Biometría hemática completa.
- Electrólitos séricos.
- Serología para sífilis.
- Nitrógeno de urea sanguínea.
- Glucemia.
- Bilirrubina.
- Concentración sanguínea de vitaminas.
- Velocidad de sedimentación.
- Examen general de orina.

Con base en el problema que se sospeche, puede examinarse el líquido cefalorraquídeo y efectuarse una variedad de procedimientos diagnósticos, como electroencefalografía, tomografía computarizada, resonancia magnética nuclear y tomografía por emisión de positrones. A menudo la evaluación del estado mental sólo es una instantánea del individuo. Flujo sanguíneo cerebral, temperatura corporal, glucemia, equilibrio hidroelectrolítico y estrés a que se ve sometido el paciente pueden cambiar de un día a otro y modificar el nivel de funcionamiento mental. Tal vez se requieran valoraciones repetidas para tener una evaluación exacta del estado mental del paciente.

Signos y síntomas

La depresión es un síndrome complejo y se muestra de diversas maneras en personas

mayores. La manifestación más común de este problema son los síntomas vegetativos, como insomnio, fatiga, anorexia, pérdida de peso, estreñimiento y disminución del interés por la actividad sexual. Las personas deprimidas pueden expresar autodesprecio, culpa, apatía, remordimiento, desesperanza, impotencia y pensamientos de que se es una carga. Tal vez tengan problemas con sus relaciones personales e interacciones sociales y pierdan el interés por las personas. Quizá sean evidentes cambios en los patrones de sueño y de actividad psicomotora. Es probable que la higiene se descuide. A menudo salen a la luz molestias físicas como cefalea, indigestión y otros problemas. La cognición puede estar alterada por desnutrición u otros efectos de la depresión. Los síntomas de ésta pueden imitar los de demencia; por tanto, es crucial una valoración cuidadosa para evitar el diagnóstico erróneo. Sin embargo, una declinación en el intelecto y la personalidad suele ser indicativa de demencia (cap. 33), no de depresión. Puede aparecer depresión en la etapa incipiente de la demencia, cuando el paciente adquiere consciencia de la disminución de sus capacidades intelectuales.

CONCEPTO CLAVE

Algunos mayores deprimidos presentan déficits cognitivos secundarios a los efectos de la depresión. Esta seudodemencia puede demorar o impedir el reconocimiento y tratamiento de la depresión subyacente.

La prevalencia y el riesgo de depresión en personas mayores refuerzan la importancia de valorar este problema durante las visitas de rutina. En este proceso son de utilidad instrumentos de valoración breves como la forma corta Geriatric Depression Scale (recuadro 32-2).

TABLA 32-1 Diagnósticos enfermeros relacionados con problemas de salud mental

Causas o factores contribuyentes	Diagnóstico enfermero
Depresión, falta de motivación, sobrecarga sensorial, fatiga, consumo de medicamentos	Intolerancia a la actividad
Amenaza al autoconcepto, pérdidas	Ansiedad
Alentamiento psicomotor, medicamentos, inactividad, falta de reconocimiento de la necesidad de defecar	Estreñimiento
Ansiedad, medicamentos, estrés	Diarrea
Hiperactividad, sobrecarga sensorial, intento de suicidio	Dolor (agudo o crónico)
Deterioro del funcionamiento cerebral, ansiedad, suspicacia	Deterioro de la comunicación verbal
Estrés, alteración del funcionamiento corporal, baja autoestima, dependencia, sobrecarga sensorial, pérdida de un allegado	Afrontamiento ineficaz
Dependencia del paciente; antecedente de relaciones familiares deficientes	Afrontamiento familiar comprometido
Limitaciones físicas, mentales o sociales	Déficit de actividades recreativas
Ambiente nuevo o percepción distorsionada de éste, pérdidas	Temor
Pérdida de parte corporal, funcionamiento, rol, allegado	Duelo
Deterioro cognitivo, falta de motivación, ideas erróneas	Mantenimiento ineficaz del hogar
Deterioro cognitivo, ideas erróneas, falta de motivación	Deterioro del mantenimiento del hogar
Medicación, inactividad, incapacidad para protegerse	Riesgo de infección
Deterioro cognitivo, fatiga, medicación, intento de suicidio	Riesgo de lesión
Medicación, fatiga	Deterioro de la movilidad física
Deterioro cognitivo, falta de motivación o capacidad, deseos suicidas	Incumplimiento
Depresión, ansiedad, estrés, paranoia, deterioro cognitivo, intento de suicidio	Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades
Depresión, ansiedad, deterioro cognitivo, inactividad, intento de suicidio	Desequilibrio nutricional: ingesta superior a las necesidades
Paranoia, depresión, discapacidad, estrés	Impotencia
Deterioro cognitivo, falta de motivación, conocimientos, habilidades	Déficit de autocuidado (baño, vestido, alimentación, uso del inodoro)
Alteración de la imagen o el funcionamiento corporales, pérdidas, discriminación	Alteración de la imagen corporal
Depresión, ansiedad, paranoia, culpa, estrés, alteración del autoconcepto, medicación	Disfunción sexual
Deterioro cognitivo (incapacidad para protegerse), desnutrición	Deterioro de la integridad cutánea
Ansiedad, paranoia, depresión, confusión, medicación	Trastorno del patrón de sueño
Trastorno de una parte o del funcionamiento corporales, deterioro cognitivo, ansiedad, depresión, percepciones erróneas, paranoia, hipocondría	Deterioro de la interacción social
Ansiedad, depresión, paranoia, deterioro cognitivo	Aislamiento social
Deterioro cognitivo, temor, depresión, ansiedad, estrés, aislamiento	Alteración de los procesos mentales
Deterioro cognitivo, ansiedad, depresión, medicación	Trastorno de la eliminación urinaria
Deterioro cognitivo, paranoia, estrés, percepciones erróneas, temor, intento de suicidio	Riesgo de violencia dirigida a otros

Se ha observado que las personas mayores de origen amerindio, africano y asiático reciben con menos frecuencia el diagnóstico de depresión, lo cual hace pensar en la falta de detección o en un diagnóstico erróneo (Harvath y McKenzie, 2012). Ello suele atribuirse menos a un sesgo del proveedor de servicios de salud que a un informe deficiente de síntomas, barreras de lenguaje, creencias de los individuos acerca de que la depresión es vergonzosa y refleja debilidad, desconfianza u otros factores. La omisión del diagnóstico puede demorar el tratamiento que podría ser beneficioso para promover el autocuidado y la calidad de vida; por tanto, las enfermeras y otros profesionales de salud deben estar alertas a la presentación atípica de los síntomas (p. ej., molestias físicas, declinación del estado de salud física por inatención a las prácticas de salud, informe de fatiga, sentimientos de desesperanza,

toma de riesgos inusuales y aislamiento autoimpuesto) y explorar la posibilidad de que la causa subyacente sea depresión.

RECUADRO 32-1 Fármacos que pueden causar depresión

Antihipertensores y fármacos cardiacos: bloqueadores β, digoxina, procainamida, guanetidina, clonidina, reserpina, metildopa, espironolactona.
Hormonas: corticotropina, corticoesteroides, estrógenos.
Depresores del sistema nervioso central, ansiolíticos, psicotrópicos: alcohol, haloperidol, flurazepam, barbitúricos, benzodiazepinas.
Otros: cimetidina, l-dopa, ranitidina, asparaginasa, tamoxifén.

Durante la valoración, es esencial explorar la relación de sucesos de la vida con la depresión; es claro que el acercamiento a una persona deprimida por los efectos de un fármaco diferirá del adecuado para una persona que acaba de enviudar. Debe abordarse el problema subyacente. Aunque las depresiones tienden a durar más en adultos mayores, el tratamiento oportuno puede acelerar la recuperación. El tratamiento no debe omitirse si la depresión se relaciona con una enfermedad grave o terminal; aliviar la depresión tal vez ayude al individuo a un afrontamiento más eficaz y a estar en mejor posición para manejar otros problemas de salud.

Tratamiento

Psicoterapia y antidepresivos (recuadro 32-3) alivian muchas depresiones en grados variables. Se ha demostrado que la terapia electroconvulsiva es eficaz en pacientes con depresión grave que no ha reaccionado a otros tratamientos. Se afirma que algunas plantas tienen efectos antidepresivos. Entre ellas está la hierba de San Juan, la cual es eficaz para la depresión leve; puede causar fotosensibilidad y no debe usarse con un antidepresivo (National Health Information, 2003; Pilkington, Rampes y Richardson, 2006). Acupresión, acupuntura, imaginación guiada y fototerapia, junto con psicoterapia, pueden ser de utilidad. Es posible que las buenas prácticas de salud básicas, como la nutrición adecuada y el ejercicio regular, también tengan un efecto positivo en el estado de ánimo. En el recuadro 32-4 se describen otras interve nciones enfermeras útiles. Riesgo de suicidio El suicidio es un riesgo grave real en personas deprimidas. La frecuencia de suicidio aumenta con la edad, es más alta en adultos mayores que en cualquier otro grupo de edad y su incidencia es máxima en varones mayores blancos. Todas las amenazas de suicidio de personas mayores deben tomarse en serio. Además de reconocer los intentos de suicidio evidentes, las enfermeras han de aprender a reconocer aquellos más sutiles pero igualmente destructivos.

Riesgo de suicidio

El suicidio es un riesgo grave real en personas deprimidas. La frecuencia de suicidio aumenta con la edad, es más alta en adultos mayores que en cualquier otro grupo de edad y su incidencia es máxima en varones mayores blancos. Todas las amenazas de suicidio de personas mayores deben tomarse en serio. Además de reconocer los intentos de suicidio evidentes, las enfermeras han de aprender a reconocer aquellos

más sutiles pero igualmente destructivos.

RECUADRO 32-2 Forma corta de la Geriatric Depression Scale

Elija la respuesta que mejor refleje cómo se sintió usted la última semana:

1. ¿Está básicamente satisfecho con su vida? SÍ/**NO**
2. ¿Ha abandonado muchos de sus intereses y actividades? **SÍ**/NO
3. ¿Siente que su vida está vacía? **SÍ**/NO
4. ¿Se aburre con frecuencia? **SÍ**/NO
5. ¿Tiene buen estado de ánimo la mayor parte del tiempo? SÍ/**NO**
6. ¿Teme que algo malo vaya a sucederle? **SÍ**/NO
7. ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo? SÍ/**NO**
8. ¿A menudo se siente desesperanzado? **SÍ**/NO
9. ¿Prefiere quedarse en casa en vez de salir y hacer cosas nuevas? **SÍ**/NO
10. ¿Siente que tiene más problemas de memoria que la mayoría de las personas? **SÍ**/NO
11. ¿Considera que es maravilloso estar vivo en estos días? SÍ/**NO**
12. ¿Siente usted que es en este momento no tiene ningún valor? **SÍ**/NO
13. ¿Se siente lleno de energía? SÍ/**NO**
14. ¿Siente que su situación es desesperada? **SÍ**/NO
15. ¿Considera que la mayoría de las personas es mejor que usted? **SÍ**/NO

Las respuestas en **negritas** indican depresión. Se asigna 1 punto por cada respuesta en negrita.

Una puntuación >5 puntos sugiere depresión.

Una puntuación >10 puntos casi siempre indica depresión.

Una puntuación >5 puntos debe motivar una valoración extensa de seguimiento.

Tomado de Yesavage, J. A., Brink, T. L., Rose, T. L., Lum, O., Huang, V., Adey, M. B., and Leirer, V. O. (1983). Development and validation of a geriatric depression screening scale: A preliminary report. *Journal of Psychiatric Research*, 17, 37–49. Consultado en http://www.stanford.edu/%7Eyesavage/GDS.html

RECUADRO 32-3 Antidepresivos

INHIBIDORES SELECTIVOS DE LA RECAPTACIÓN DE SEROTONINA

Escitalopram.
Fluvoxamina.
Fluoxetina.
Paroxetina.
Sertralina.

COMPUESTOS CÍCLICOS

Amoxapina.
Desipramina, clorhidrato.
Doxepina, clorhidrato.
Imipramina, pamoato.
Nortriptilina, clorhidrato.

INHIBIDORES DE LA MONOAMINOOXIDASA

Fenelzina.
Tranilcipromina.

DIRECTRICES ENFERMERAS

- La administración a personas mayores debe comenzar con alrededor de la mitad de la dosis recomendada para la población adulta general.
- Suele ocurrir sedación durante los primeros días de tratamiento; tomar precauciones para reducir el riesgo de caídas.
- Se requiere al menos 1 mes de tratamiento antes de que se adviertan efectos terapéuticos; orientar y apoyar al paciente durante este período.
- Es preferible la administración a la hora de dormir en el caso de los antidepresivos con efecto sedante.
- Se prepara a los pacientes para los efectos secundarios, como sequedad bucal, diaforesis, retención urinaria, indigestión, estreñimiento, hipotensión, visión borrosa, somnolencia, aumento del apetito, aumento de peso, fotosensibilidad y glucemia fluctuante. Se ayuda al paciente a prevenir complicaciones debidas a los efectos secundarios.
- Es necesario estar alerta a los síntomas anticolinérgicos, en particular cuando se usan compuestos cíclicos.
- Asegurarse de que los mayores y sus cuidadores comprendan las dosis, los efectos esperados y las reacciones adversas al fármaco. También se les enseña acerca de interacciones medicamentosas y con alimentos (p. ej., los antidepresivos pueden incrementar los efectos de anticoagulantes, atropínicos, antihistamínicos, sedantes, tranquilizantes, narcóticos y levodopa; los antidepresivos pueden reducir los efectos de clonidina, fenitoína y algunos antihipertensores; alcohol y diuréticos tiazídicos a veces incrementan los efectos de los antidepresivos).

CONCEPTO CLAVE

Todas las amenazas de suicidio de personas mayores deben tomarse en serio.

El uso indebido de fármacos, ya sea en forma de sobredosis u omisión de dosis, quizá sea un gesto suicida. La inanición autoimpuesta es otro signo y puede presentarse incluso en un ambiente institucional si el personal no vigila atentamente la ingesta de alimento y el estado nutricional. Las acciones que se contraponen a una necesidad terapéutica o amenazan con causar un problema médico (p. ej., pasar por alto restricciones dietéticas o rechazar una terapia específica) podrían indicar el deseo de morir. Caminar por un sitio peligroso, conducir en estado de intoxicación y someterse a otros riesgos tal vez también sean señales de intenciones suicidas. El riesgo de suicidio puede valorarse preguntando al paciente sobre pérdidas recientes, cambios en el estilo de vida o empeoramiento de problemas de salud, nuevos síntomas de depresión, cambios o limitación del sistema de apoyo y antecedente familiar de suicidio.

RECUADRO 32-4 Consideraciones enfermeras para la atención de pacientes deprimidos

- *Ayudar al paciente a desarrollar un autoconcepto positivo.* Debe hacerse

hincapié en que, aunque la situación puede ser mala, la persona no lo es. Deben proporcionarse oportunidades de éxito, aunque sea pequeño, y establecerse nuevas metas.

- *Alentar la expresión de sentimientos.* Ira, culpa, frustración y otros sentimientos deben exteriorizarse. Las enfermeras han de darse tiempo para escuchar y guiar a los pacientes a través de estos sentimientos. Además de verbalizarse, los sentimientos pueden expresarse de manera escrita.
- *Evitar minimizar los sentimientos.* Afirmaciones como «No se preocupe, las cosas van a mejorar» o «No diga eso; tiene mucho que agradecer» son de escaso beneficio para las personas deprimidas.
- *Asegurarse de que se satisfagan las necesidades físicas.* Nutrición adecuada, actividad, sueño y evacuación intestinal regular son algunos de los factores que favorecen un estado físico saludable, lo que a su vez fortalece las capacidades del paciente para trabajar la depresión. Los problemas físicos deben abordarse de manera drástica.
- *Ofrecer esperanza.* Al tiempo que son realistas acerca de la situación del individuo, las enfermeras pueden, con palabras y acciones, transmitir su creencia de que el futuro tendrá significado y que la vida del paciente es valiosa.

Las personas mayores en riesgo de suicidio necesitan observación escrupulosa, protección cuidadosa y tratamiento inmediato. Debe apoyarse el tratamiento de la depresión subyacente. El entorno se hace seguro retirando objetos que podrían usarse para infligirse daño. Las enfermeras deben transmitir su disposición a escuchar y discutir pensamientos y sentimientos acerca del suicidio. La capacidad para pedir ayuda expresando sus ideas suicidas al personal enfermero podría evitar que los pacientes emprendieran acciones para terminar con su vida.

Ansiedad

Las adaptaciones a las limitaciones físicas, emocionales y socioeconómicas de la edad avanzada y los nuevos problemas a los que con frecuencia se enfrentan a causa del envejecimiento contribuyen a la variedad de causas de la ansiedad. Las reacciones de ansiedad, comunes en personas mayores, se manifiestan de diversas maneras, como molestias somáticas, rigidez de pensamiento y conducta, insomnio, fatiga, hostilidad, inquietud, tabaquismo compulsivo, marcha incesante, fantasías, confusión y aumento de la dependencia. Puede ocurrir aumento de presión arterial, pulso, respiraciones, actividad psicomotora y frecuencia de micción. Es posible que el apetito aumente o disminuya. Los individuos ansiosos a menudo se manipulan en exceso la ropa, joyería o utensilios, se enfrascan de forma intensiva en una tarea menor (p. ej., plegar un tramo de sábana) y tienen dificultad para concentrarse en la actividad que realizan.

El tratamiento de la ansiedad depende de su causa. Las enfermeras deben explorar los antecedentes de la persona en busca de cambios recientes o nuevos factores de estrés (p. ej., diagnóstico nuevo o de empeoramiento, incremento del alquiler, aumento de la criminalidad en el vecindario, divorcio de un hijo). Debe revisarse el

consumo de cafeína, alcohol, nicotina y fármacos de venta libre en busca de posibles causas. Además de los medicamentos, pueden ser útiles intervenciones como biorretroalimentación, imaginación guiada y relajación. Las personas ansiosas necesitan simplificar y estabilizar su vida, con pocos hechos impredecibles. Deben controlarse los estímulos ambientales. Las enfermeras han de planificar intervenciones específicas para la causa subyacente. Algunas intervenciones enfermeras básicas que podrían ser beneficiosas comprenden las siguientes:

- Reservar tiempo adecuado para conversaciones, intervenciones y otras actividades.
- Alentar y respetar las decisiones del paciente sobre temas que afectan su vida.
- Preparar al individuo para todas las actividades previstas.
- Dar explicaciones completas, honestas y básicas.
- Controlar el número y la variedad de personas con quienes el paciente debe interactuar.
- Apegarse a rutinas.
- Conservar y usar objetos familiares.
- Prevenir la estimulación excesiva de los sentidos reduciendo el ruido, usando luces tenues y manteniendo la temperatura de la habitación estable.

PARA REFLEXIONAR

¿Qué tipos de situaciones le hacen sentirse deprimido o ansioso? ¿Qué implicaciones cree que tendrá esto para su vejez?

Abuso de alcohol

A medida que el número de personas que llegan a una edad avanzada aumenta, lo hace también la cantidad de personas con antecedente de uso de alcohol y drogas ilegales. Abuso, dependencia y adicción al alcohol en adultos mayores constituyen un problema que a menudo pasa inadvertido, a veces porque no se espera y otras veces porque imitan los síntomas de trastornos geriátricos comunes. El abuso de alcohol amenaza gravemente la salud física, emocional y social de las personas mayores. Los mayores que beben y usan medicamentos están en mayor riesgo de reacciones medicamentosas adversas. Disminución del funcionamiento cognitivo, abuso y descuido personal también elevan su riesgo de caídas. Es importante que las enfermeras geriátricas reconozcan este problema y ayuden a los pacientes a buscar tratamiento apropiado.

Casi todos los individuos mayores alcohólicos sufren de abuso crónico de alcohol, lo han hecho intensamente gran parte de su vida. Una cantidad importante de personas con abuso crónico muere antes de llegar a una edad avanzada, lo cual contribuye al descenso en la incidencia de alcoholismo con la edad. El otro tipo de adulto mayor alcohólico es el que comienza a abusar del alcohol en una etapa tardía de la vida a causa de factores situacionales (p. ej., jubilación, viudez o estado de salud deficiente).

Los profesionales de la salud suelen tener el mismo estereotipo de los alcohólicos

que algunas personas del público en general, pues creen que los alcohólicos son personas descuidadas y «malvivientes». En consecuencia, incluso los profesionales pueden no detectar abuso de alcohol en el profesional retirado que bebe todos los días en el club campestre o en la frágil viuda que comienza por beber sorbitos de brandy a media mañana. Las enfermeras deben mantener la mente abierta y reconocer que los alcohólicos se muestran de muchas formas.

CONCEPTO CLAVE

Los alcohólicos se muestran de muchas formas y a menudo no concuerdan con el perfil estereotipado.

El abuso de alcohol puede manifestarse de diversas maneras, algunas de las cuales son sutiles o fáciles de confundir con otros trastornos (recuadro 32-5). Entre los posibles síntomas secundarios a complicaciones del alcoholismo se destacan: cirrosis, hepatitis e infecciones crónicas (relacionadas con supresión del sistema inmunitario). Estos signos deben apreciarse durante una valoración y propiciar preguntas acerca del patrón de bebida del paciente. La Short Michigan Alcohol Screening Test-Geriatric Version (Blow y cols., 1992) y el Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) (Babor, Higgins-Biddle, Saunders, y Monteiro, 2001) son instrumentos de detección de probada eficacia para identificar abuso de alcohol en personas mayores. En el recuadro 32-6 se describen los criterios para un diagnóstico definitivo de alcoholismo.

La supervisión continua del estado de salud de los ancianos alcohólicos puede ayudar a identificar y, en algunos casos, corregir las complicaciones en una etapa temprana. El alcoholismo crónico puede causar deficiencia de magnesio, gastritis, pancreatitis y polineuropatía. También son posibles trastornos cardíacos que se manifiestan como hipertensión, latido cardíaco irregular e insuficiencia cardíaca por miocardiopatía. La cognición puede verse afectada a causa de pérdida de células encefálicas e hipertrofia de los ventrículos.

RECUADRO 32-5 Posibles indicaciones de abuso de alcohol

Consumo de alcohol para calmar los nervios o mejorar el estado de ánimo.
Engullir o consumir con rapidez las bebidas alcohólicas. Amnesia alcohólica.
Desnutrición.
Confusión.
Aislamiento social y retraimiento.
Interrupción de relaciones.
Arrestos por faltas menores.
Ansiedad.
Irritabilidad.
Depresión.
Cambios bruscos de estado de ánimo.
Falta de motivación o energía.

Lesiones, caídas.
Insomnio.
Malestar gastrointestinal.
Torpeza motriz.

RECUADRO 32-6 Criterios para diagnosticar alcoholismo

- Consumo de una botella de whisky de 750 ml al día o su equivalente en vino o cerveza (para una persona de 80 kg).
- Amnesia alcohólica.
- Concentración sanguínea de alcohol mayor que 150 mg/100 ml.
- Síndrome de supresión: alucinaciones, convulsiones, temblores intensos, *delirium tremens*.
- Continuación del hábito contra la recomendación del médico o pese a los problemas causados por la bebida.

El objetivo a largo plazo en la atención del paciente con un problema de consumo de alcohol es la sobriedad; sólo puede lograrse si el paciente reconoce el problema y asume su responsabilidad de hacer algo al respecto. La participación de la familia suele ser significativa para el éxito del plan terapéutico, porque los resultados pueden verse afectados por su negación o facilitación del problema con la bebida.

Son escasos los programas de tratamiento del alcoholismo diseñados de manera específica para mayores y es probable que el programa tradicional no esté familiarizado con las características y necesidades específicas de los adultos mayores alcohólicos. Las enfermeras gerontológicas deben asegurarse de que se aborden de manera competente las necesidades de esos enfermos. Por ejemplo, las benzodiazepinas, de uso común para la desintoxicación, pueden causar efectos tóxicos en personas mayores a los mismos niveles de dosificación que se prescriben para adultos más jóvenes. Se requieren ajustes de la dosis, así como vigilancia estrecha en busca de complicaciones.

Alcohólicos Anónimos (v. Recursos al final del capítulo) es un programa gratuito para la recuperación, disponible en la mayoría de las comunidades, que da orientación y oportunidades para la socialización sin alcohol de personas mayores alcohólicas. Proporcionar a los pacientes las direcciones, horas de las reuniones y aliento para que acudan a ellas puede ser una ayuda significativa para ponerlos en el camino hacia la recuperación.

Paranoia

Los estados paranoides son frecuentes en personas mayores, lo cual no debe causar sorpresa si se considera lo siguiente:

- Las pérdidas sensitivas, tan comunes en la edad avanzada, fácilmente hacen que el ambiente se perciba de manera errónea.
- Enfermedad, discapacidad, vivir solo y con un presupuesto limitado promueven la inseguridad.

CASO A CONSIDERAR

La Sra. B., de 79 años, se mudó hace poco a un departamento prestado en la casa de su hijo y su nuera. Come y pasa tiempo con ellos, pero, por lo demás, vive de manera independiente en su departamento. Durante el día, la Sra. B., recibe amigos, con quienes comparte bebidas alcohólicas. Cuando su hijo y su nuera volvieron a casa del trabajo por la tarde, la Sra. B., estaba intoxicada. Aunque puede caminar y realizar la mayoría de sus actividades normales, su habla es farfullante y su marcha, inestable. Ha habido ocasiones en que olvida que puso algo en el fuego, apaga la alarma contra incendios y deja las puertas abiertas cuando sale de casa.

PENSAMIENTO CRÍTICO

- ¿A qué riesgos expone la Sra. B., a su familia y a sí misma?
- ¿Qué métodos puede usar la familia para abordar el problema con la Sra. B.?
- ¿Qué recursos pueden ser de utilidad?

- La discriminación por razones de edad envía al adulto mayor el mensaje de que es indeseable en la sociedad.
- Las personas mayores son víctimas frecuentes de delitos y prácticas poco escrupulosas.

Es posible que algunos trastornos que afectan la salud física contribuyan a la paranoia. Las enfermedades endocrinas, como el hiperparatiroidismo, pueden tener la paranoia como uno de sus síntomas (Chiba y cols., 2007). La paranoia también puede ser una reacción adversa a algunos fármacos. Esto refuerza la importancia de la evaluación física y del interrogatorio adecuados en caso de síntomas psiquiátricos.

La consideración inicial al trabajar con individuos mayores paranoides es explorar mecanismos que podrían reducir la inseguridad y la percepción errónea. Gafas correctoras, audífonos, ingresos adicionales, nueva vivienda y ambiente estable son algunas de las posibles intervenciones. Es factible recurrir a la psicoterapia y los medicamentos cuando no se obtiene mejoría con otras intervenciones. Las enfermeras deben asegurarse de que estos pacientes no se retraigan del resto del mundo por aislamiento autoimpuesto.

No debe pasarse por alto el impacto del estado paranoide en la salud general y el bienestar. El estado nutricional puede verse amenazado si el paciente rehúsa comer, en la creencia de que su comida está envenenada; puede aparecer deprivación de sueño si el paciente sospecha que hay un extraño en la casa; y es posible que no se diagnostiquen problemas de salud si la persona cree que el médico es un enemigo. Las explicaciones y los acercamientos básicos y sinceros para abordar las ideas paranoides son favorecedores; en ningún momento deben apoyarse las ideas delirantes.

Hipocondría

La hipocondría puede ser un problema en individuos mayores. Aunque suele relacionarse con depresión, para algunos de ellos es un mecanismo para llamar la atención. A menudo, los profesionales de la salud refuerzan este comportamiento al reaccionar con prontitud a las manifestaciones de molestia física del paciente pero no reforzar los períodos de funcionamiento adecuado y salud. Es posible que los miembros del personal no atiendan una solicitud del paciente de que se sienten y conversen, pero dan atención absoluta cuando la misma persona expresa malestar físico. Algunos adultos mayores descubren que la hipocondría es un medio eficaz para controlar a cónyuge o hijos. También pueden usarla como un medio de socialización; si no tienen vivencias de viajes, profesión o intereses que compartir con otros, tal vez cuenten con semejantes que tengan dolencias similares, lo cual quizá sirva como el mecanismo común para la conversación.

CONCEPTO CLAVE

Los profesionales de la salud pueden promover el comportamiento hipocondríaco al invertir más tiempo e interés revisando las molestias de la persona mayor que conversando sobre intereses y actividades de la vida normal.

Sin importar cuán infundadas puedan parecer, las quejas deben evaluarse en cuanto a su validez antes de suponer que son parte de la hipocondría. Aun las molestias de un hipocondríaco conocido merecen evaluación, en particular si surge un nuevo tipo de quejas. Es beneficioso ayudar a estas personas a encontrar alternativas a su obsesión por su funcionamiento corporal. Dedicar tiempo a conversaciones no relacionadas con enfermedades demuestra que es posible recibir atención sin recurrir a quejas físicas. Los familiares deben comprender la dinámica de este problema de modo que refuercen conductas positivas y no sean manipulados. Decir a estos pacientes que no tienen nada anómalo ayuda poco; debe abordarse la causa subyacente de esta reacción.

CONSIDERACIONES ENFERMERAS PARA LOS TRASTORNOS DE LA SALUD MENTAL

Vigilancia de la medicación

Los medicamentos que se usan para tratar trastornos psiquiátricos pueden causar notable mejoría a los pacientes, pero también tener profundos efectos adversos en las personas mayores. Algunos de esos efectos son anorexia, estreñimiento, caídas, incontinencia, anemia, letargo, alteraciones del sueño y confusión. Debe usarse la menor dosis posible y observarse de cerca en busca de cualesquiera reacciones. Una lista de verificación para identificar problemas, como la que se muestra en la tabla 32-2, es útil para averiguar el impacto de los medicamentos en la conducta y el funcionamiento. Por supuesto, los fármacos complementan otras formas de

tratamiento, no las sustituyen.

CONCEPTO CLAVE

Los fármacos deben verse como un coadyuvante y no como un sustituto de otras formas de tratamiento.

Promoción de un autoconcepto positivo

Nunca se insistirá demasiado en la importancia de promover un autoconcepto positivo en todas las personas mayores. Todo el mundo necesita sentir que su vida ha tenido significado y que hay esperanza. Un sentimiento de falta de significado y de desesperanza amenaza la salud mental y minimiza los placeres que el último segmento de la vida puede ofrecer. Las enfermeras deben desarrollar un interés sincero por las vidas y logros de sus pacientes mayores. Debe recordarse que la persona discapacitada o frágil que ahora acude a la enfermera pudo alguna vez haber tenido el coraje de emigrar desde su país de origen, arriesgar su vida para salvar a sus compañeros en una guerra, fregar suelos por la noche para mantener a su familia durante la Gran Depresión o crear un negocio exitoso de la nada. Hay luchas y logros en cada vida, y deben reconocerse para ayudar a promover la autoestima. Actividades como recapitulaciones orales de vida, grabación de relatos y compilación de notas sobre sucesos de la vida no sólo ayudan a los mayores a adquirir un sentimiento de valía de la vida que vivieron, sino además dan un sentido de historia y legado para las generaciones siguientes (cap. 4). Además del pasado, el presente y el futuro deben tener significado para los individuos mayores, y esto puede promoverse ayudándolos a participar en actividades relevantes, tener interacciones sociales significativas, contar con oportunidades de hacer algo por otros, ejercer el máximo control posible sobre su propia vida, continuar las prácticas religiosas y culturales, y ser respetados como individuos.

Manejo de problemas de conducta

Los problemas de conducta son acciones que resultan molestas, disruptivas, dañinas o en general se desvían de la norma y tienden a ser de naturaleza recurrente, como abuso físico o verbal, resistencia a recibir atención, acciones repetitivas, vagabundeo, inquietud, suspicacia, conducta sexual inapropiada y desvestirse en situaciones inconvenientes. Estos problemas pueden presentarse en personas con estado cognitivo alterado que son incapaces de pensar de manera racional y realizar juicios adecuados. Cualquier tipo de enfermedad que reduce la capacidad del paciente para enfrentar los cambios y el estrés también puede contribuir a esos problemas. Medicamentos, factores ambientales, pérdida de independencia y actividad insuficiente son asimismo posibles causas de conductas problemáticas.

Valorar la causa de la conducta es el primer paso para ayudar al paciente que presenta problemas de esta índole. Deben observarse de cerca los factores relacionados con la conducta y documentarse, además de recoger la siguiente

información:

- Momento de inicio.
- Lugar en que ocurrió.
- Condiciones ambientales.
- Personas presentes.
- Actividades que precedieron.
- Patrón de conducta.
- Signos y síntomas presentes.
- Desenlace.
- Medidas que mejoraron o empeoraron la conducta.

Es favorable corregir la causa subyacente del problema siempre que sea posible. De modo similar, deben evitarse los factores que precipitan el problema de conducta (p. ej., si se identifica que el paciente se agita cuando se sienta en una estancia repleta de gente, intentar ubicarlo en otra área). El personal o los cuidadores pueden prevenir problemas de conducta identificando signos y síntomas que precipitan las conductas e interviniendo de modo oportuno. Algunas consideraciones ambientales que quizás aminoren los problemas de conducta son mantener la temperatura entre 21 y 24° C, evitar tapices y ropa de cama que den la sensación de espacio reducido, limitar el tráfico de personas, controlar el ruido, prevenir cambios bruscos de la luz del día a la oscuridad de la noche e instalar dispositivos de seguridad para vigilancia, como alarmas en las puertas y videocámaras. En la tabla 32-3 se revisan algunos de los principales problemas de conducta, sus causas e intervenciones enfermeras relacionadas.

En el capítulo 33 se presenta una exposición completa del delirio y la demencia.

TABLA 33-1 Lista de verificación para documentar fármacos y comportamiento

Fecha	A.M.												P.M.										
	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Medicamentos																								
Desorientado en:																								
Sí mismo																								
Otros																								
Lugar																								
Día																								
Hora																								
Olvida:																								
Sucesos del día																								
Sucesos pasados																								
Inapropiados																								
Habla																								
Conducta																								
Alucinaciones																								
Vagabundeo																								
Déficits de AVD:																								
Alimentación																								
Baño																								
Vestido																								
Uso del inodoro																								
Movilidad																								
Incontinencia urinaria																								
Pulso																								
Presión arterial																								
Defecación																								
Sueño/siesta																								

Otros síntomas:

Consumo de alimento	100%	75%	50%	25%	0%	Comentarios
Desayuno						
Comida						
Cena						
Bocadillos						

Utilizar el reverso para describir problemas o cambios específicos.

AVD, actividades de la vida diaria.

TABLA 32-3 Comprensión y manejo de problemas de conducta comunes

Conducta	Posibles causas	Intervenciones enfermeras
Abuso físico (p. ej., puñetazos, puntapiés, mordeduras a otros)	Demencia	Evitar poner a la persona en situaciones que inducen las conductas
	Paranoia	Reconocer los signos de advertencia (p. ej., maldiciones y marcha incesante)
	Interpretación errónea de las acciones de otros	Solicitar ayuda para protegerse a sí mismo y a otros
	Ira	Abordar de manera calmada y tranquila
	Impotencia	Distraer
	Ansiedad	Cambiar a la persona a un área privada
	Fatiga	
Abuso verbal (p. ej., insultos, acusaciones, amenazas)	Demencia	Evitar discutir, razonar o reaccionar a los comentarios
	Impotencia	Distraer con actividades
	Ira	Reforzar conductas positivas
		Permitir el máximo grado posible de toma de decisiones y participación
Resistencia a recibir cuidados	Demencia	Preparar para actividades
	Interpretación errónea de acciones, objetos y ambiente	Dividir las actividades en acciones individuales más simples
	Depresión	Usar alternativas si es posible (p. ej., baño de esponja en vez de bañera)
		Vigilar higiene, estado nutricional, ingreso y egreso, eliminación
Desvestirse en situaciones inapropiadas	Demencia	Asegurarse de que la ropa esté limpia y seca; cambiar según se requiera
	Evacuación en la ropa	Examinar la ropa en busca de causas de irritación, ajuste inadecuado
	Irritación por la ropa	Inspeccionar la piel en busca de irritación
	Sensación de calor excesivo	Volver a vestir
		Usar ropa difícil de desabrochar
		Ofrecer refuerzo positivo cuando la persona permanece vestida
Acciones repetitivas	Demencia	No ponerles atención
	Agitación	Distraer con otras actividades
	Ansiedad	Sustituir por una actividad repetitiva más aceptable (p. ej., doblar la ropa de lavandería, apilar papeles)
	Aburrimiento	
Vagabundeo	Demencia	Programar tiempo para caminata supervisada
	Aburrimiento	Proporcionar actividades
	Inquietud	Salvaguardar el ambiente (p. ej., puertas con alarma, cerraduras con código de apertura, seguros de ventana que no puedan abrirse)
	Ansiedad	
		Asegurarse de que la persona lleve consigo alguna forma de identificación
		Familiarizar a la persona con el ambiente; orientarla
Vagabundeo nocturno, inquietud	Demencia	Proporcionar actividades diurnas
	Sueño diurno excesivo	Ejercitar tarde durante el día
	Interpretación errónea del ambiente	Uso del inodoro antes de ir a la cama
	Síndrome del atardecer	Mantener una luz nocturna encendida en el dormitorio y el baño
	Fármacos (p. ej., sedantes, hipnóticos, diuréticos y laxantes)	Tranquilizar y orientar cuando la persona despierta
		Salvaguardar el ambiente
Conducta sexual inapropiada	Demencia, que causa trastorno del juicio, pérdida de inhibición	Reubicar a la persona en un área privada
		Distraer con otras actividades
	Interpretación errónea de acciones y mensajes de otros	Fijar límites y recordar conductas aceptables
		Revisar los fármacos en busca de los que reducen las inhibiciones (p. ej., ansiolíticos) o que estimulan la libido (p. ej., L-dopa)
		Proporcionar medios aceptables de contacto, contacto humano

Suspicacia	Estado paranoide	Valorar la causa
	Demencia	No reaccionar a la conducta; despersonalizar
	Personalidad suspicaz	Proteger contra lesiones
	Fármacos (p. ej., anticolinérgicos, L-dopa, tolbutamida)	Dar explicaciones; preparar para actividades, cambios
		Permitir el máximo grado posible de toma de decisiones
		No tratar de explicar a la persona que sus sospechas son infundadas o erróneas; no servirá

LLEVANDO LA INVESTIGACIÓN A LA VIDA

EFICACIA DE LA TERAPIA COGNITIVA CONDUCTUAL PARA TRASTORNOS DE ANSIEDAD EN PERSONAS MAYORES: METAANÁLISIS Y METARREGRESIÓN DE ENSAYOS CONTROLADOS ALEATORIZADOS

Gould, R. L., Coulson, M. C., & Howard, R. J. (2012). Journal of the American Geriatrics Society, 60(2), 218–229.

Se realizó una revisión crítica sistemática de ensayos controlados aleatorizados para examinar los efectos de la terapia cognitiva conductual (TCC) en personas mayores con trastornos de ansiedad. La TCC suele consistir en terapia de conversación persona a persona entre el individuo y el terapeuta para explorar la causa de la ansiedad y maneras de manejarla. En la entrevista de seguimiento a los 6 meses, pero no en las de los 3 o 12 meses, las personas mayores que recibieron TCC presentaron una reducción significativa de los síntomas comparados con los del grupo control, pero no con el grado de eficacia observado en grupos de otras edades sometidos a TCC. Los investigadores concluyeron que si bien la TCC tuvo algún beneficio, el estudio sugiere menor eficacia para trastornos de ansiedad en personas mayores que para personas en edad laboral.

Podría concluirse que la TCC no es útil en personas mayores, pero no sería apropiado. Tal vez esta población requiere más tiempo para beneficiarse de la TCC que otras más jóvenes. Además, puede existir variación individual en la respuesta. Antecedentes culturales, estado de salud física y mental, y experiencia con la psicoterapia pueden diferir entre los diversos individuos de la población mayor, lo que afectaría el resultado de la TCC. Se requiere valoración individual en busca de factores que podrían influir en la posibilidad de beneficiarse de la TCC, así como vigilancia de su eficacia.

REALIDADES PRÁCTICAS

El Sr. Cortés llega al departamento de urgencias con dolor precordial. En la evaluación no se encuentran indicios de enfermedad cardiovascular y una enfermera comenta mientras lo prepara para el alta: «De seguro se siente aliviado de no haber sufrido un ataque cardíaco.» «No lo sé», responde él. «A veces pienso que un ataque cardíaco sería una buena manera de poner fin a mis problemas». Preocupada, la enfermera le pregunta qué quiere decir y él le confía que a los 66 años de edad aún tiene que trabajar y le queda poco interés o energía para nada más. «Mis hijos son adultos y casi no tienen tiempo para

llamarme, a mi esposa no la hace feliz que yo no tenga ánimos de hacer nada y mi jefe insinúa que fácilmente podría reemplazarme por alguien más joven a quien pagaría menos. Creo que a esta edad podría estar jubilado, viajando, jugando golf y disfrutando de la vida. Nunca pensé que sería tan difícil. Me hace preguntarme cuál es el sentido de todo esto». Al decirlo, se prepara para firmar los documentos del alta y marcharse.

La enfermera ve una necesidad y desea ayudar al Sr. Cortés, pero tiene el apremio de las demandas de un día muy atareado en el departamento de urgencias. ¿Qué puede hacer?

EJERCICIOS DE PENSAMIENTO CRÍTICO

1. Discutir los factores relacionados con el envejecimiento en los países industrializados que contribuyen a la enfermedad mental en la edad avanzada.
2. ¿Por qué a veces se pasa por alto el alcoholismo en personas mayores?
3. Describir preguntas y observaciones que podrían usarse en una entrevista para descubrir problemas de salud mental.
4. Describir razones, además de un trastorno paranoide, para que un individuo mayor sea suspicaz.
5. Conforme los nacidos en los años siguientes a la Segunda Guerra Mundial envejecen, ¿qué tipo de trastornos de salud mental podrían ser más prevalentes que en generaciones anteriores?

RECURSOS

Grupos de familiares de Al-Anon (disponibles en muchas comunidades)
http://www.al-anon-alateen.org
Alcohólicos Anónimos (grupos locales disponibles)
http://www.alcoholics-anonymous.org
Anxiety Disorders Association of America
http://www.adaa.org
Mental Health America
http://www.nmha.org
National Clearinghouse for Alcohol and Drug Information
http://www.ncadi.samhsa.gov/
National Depressive and Manic-Depressive Association
http://www.ndmda.org
National Institute of Alcohol Abuse and Alcoholism
http://www.niaaa.nih.gov

REFERENCIAS

Babor, T. F., Higgins-Biddle, J. C., Saunders, J. B., & Monteiro, M. G. (2001). *AUDIT: The alcohol use disorders identification test. Guidelines for use in primary care* (2nd ed.). Geneva, Switzerland: World Health Organization.

Blow, F. C., Brower, K. J., Schulenberg, J. E., Demo-Danaberg, L. M., Young, J. P., & Beresford, T. P. (1992). The Michigan Alcoholism Screening Test-Geriatric Version: A new elderly-specific screening instrument. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research, 16*(2), 372.

Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Injury Prevention and Control. (2005). *Web-based injury statistics query and reporting system (WISQARS)* [online]. Retrieved September 1, 2007 from http://www.cdc.gov/ncipc/wisqars.

Chiba, Y., Satoh, K., Ueda, S., Kanazawa, N., Tamura, Y., & Horiuchi, T. (2007). Marked improvement of psychiatric symptoms after parathyroidectomy in elderly primary hyperparathyroidism. *Endocrine Journal, 54*(3), 379–383.

Derogatis, R. S., Lipma, K., Rickels, E. H., Uhlenbath, E. H., & Covi, L. (1974). The Hopkins symptom checklist: A measure of primary symptom dimensions. *Pharmacopsychiatry, 7*, 79.

Duke University Center for the Study of Aging. (1978). *Multidimensional functional assessment: The OARS methodology*. Durham, NC: Duke University.

Fishback, D. B. (1977). Mental status questionnaire for organic brain syndrome, with a new visual counting test. *Journal of the American Geriatric Society, 25*, 167.

Fiske, A., Wetherell, J. L., & Gatz, M. (2009). Depression in older adults. *Annual Review of Clinical Psychology, 5*, 363–389. Folstein, M. F., Folstein, S., & McHugh, P. R. (1975). Mini-mental state: A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatry Research, 12*, 189.

Goldberg, D. (1972). *The detection of psychiatric illness by questionnaire*. London: Oxford University Press.

Harvath, T.A., & McKenzie, G. (2012). Depression in older adults. In Boltz, M., Capezuti, E., Fulmer, T., & Zwicker, D. (Eds.), *Evidence-based geriatric nursing protocols for best practice* (pp. 141–142). New York, NY: Springer Publishing Company.

Loebel, J. P. (2005). Practical geriatrics: Completed suicides in late life. *Psychiatric Services, 56*(3), 260–262.

National Health Information. (2003). St. John's wort in depression: A new meta-analysis. *Alternative Medicine Research Report, 2*(1), 1–5.

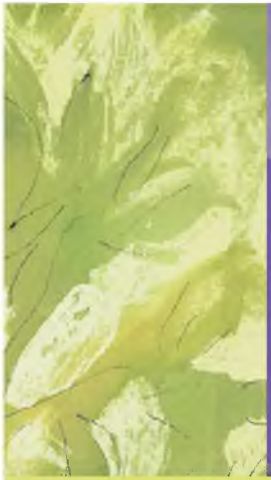
Pfeiffer, E. (1975). A short portable mental status questionnaire for the assessment of organic brain deficit in elderly patients. *Journal of the American Geriatric Society, 23*(10), 433.

Pilkington, K., Rampes, H., & Richardson, J. (2006). Complementary medicine for depression. *Expert Review of Neurotherapeutics, 6*(11), 1741–1751.

Zung, W. W. K. (1965). A self-rating depression scale. *Archives of General Psychiatry, 12*, 63.

LECTURAS RECOMENDADAS

Las lecturas recomendadas relacionadas con este capítulo pueden encontrarse en el sitio web que acompaña al libro. Visítese **http://thepoint.lww.com/espanol-Eliopoulos8e** para acceder a las lecturas recomendadas y otros recursos adicionales vinculados con este capítulo.



CAPÍTULO 33

Delirio y demencia

RESUMEN DEL CAPÍTULO

Delirio

Demencia

Enfermedad de Alzheimer.

Otras demencias.

Atención de personas con demencia.

Aunque artritis, cardiopatía y otras enfermedades físicas no son bien aceptadas por los adultos mayores, estos trastornos tienden a ser menos temidos que la pérdida de la cognición normal. El deterioro de la cognición amenaza la capacidad para comunicarse, funcionar de manera independiente, tomar decisiones y comprender acontecimientos. El riesgo de delirio: alteración reversible de la cognición causada por trastornos agudos y de demencia: deterioro irreversible de la cognición por enfermedad o lesión encefálica, aumenta con el paso de los años. Aunque ambas afecciones causan deterioro cognitivo, existen diferencias significativas (tabla 33-1). Ayudar en la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de estos deterioros cognitivos es una responsabilidad importante de la enfermera gerontológica.

OBJETIVOS DE APRENDIZAJE

Después de estudiar este capítulo, el lector será capaz de:

1. Distinguir entre delirio y demencia.
2. Identificar factores que causan delirio en adultos mayores.
3. Describir el avance de los síntomas de demencia.
4. Enumerar causas de demencia en personas mayores.
5. Plantear intervenciones enfermeras para el individuo mayor con demencia.

CONCEPTOS BÁSICOS

Delirio: confusión aguda, por lo común reversible.
Demencia: deterioro progresivo irreversible del funcionamiento cognitivo.
Deterioro cognitivo leve: etapa de transición entre el envejecimiento cognitivo normal y la demencia, en la cual la persona tiene deterioro de la memoria a corto plazo y trastornos de las funciones cognitivas complejas.
Síndrome del atardecer: confusión nocturna.

TABLA 33-1 Delirio y demencia

	Delirio	Demencia
Causa	Alteración del funcionamiento encefálico por efectos adversos de fármacos, trastornos circulatorios, deshidratación, hipotensión o hipertensión, actividad tiroidea baja o alta, hipoglucemia o hiperglucemia, cirugía, estrés, etcétera	Daño del tejido encefálico por enfermedad de Alzheimer u otros trastornos degenerativos, problemas circulatorios, falta de oxígeno, infección, traumatismo, hidrocefalia, tumor, alcoholismo, etcétera
Inicio	Rápido: el cambio se aprecia en 1 día o unos pocos días	Lento: meses a años antes de que los signos se hagan evidentes
Estado mental	Mayor deterioro de la memoria a corto plazo que a largo plazo, desorientación, confusión, pensamiento distorsionado, habla incoherente, sospecha de otros, visión o audición de cosas que no existen (ilusiones, alucinaciones), exageración de rasgos de personalidad	Memoria a corto y largo plazos deficiente, desorientación, confusión, dificultad para encontrar la palabra adecuada, deterioro del juicio, dificultad para aritmética y resolución de problemas, cambios de personalidad
Nivel de consciencia (estado de alerta)	Cambiado: gran agitación o embotamiento	Normal
Comportamiento	El paciente puede ser hiperactivo, menos activo de lo normal o fluctuar entre ambos extremos	Inapropiado; biperdestación inestable, dificultad para coordinar los movimientos
Recuperación	La enfermedad puede revertirse y restablecerse el estado mental normal si la causa se trata de manera expedita	El avance de la enfermedad puede desacelerarse, pero no revertirse, por lo común sigue empeorando

DELIRIO

Diversos trastornos pueden alterar la circulación cerebral y el funcionamiento cognitivo (recuadro 33-1). A veces los antecedentes, la exploración física o las pruebas de laboratorio indican la presencia de un factor orgánico que ha causado la alteración; sin embargo, sin pruebas de ello, es posible establecer el diagnóstico de delirio a partir de los síntomas y la ausencia de cualquier trastorno mental no orgánico que pudiera ocasionarlos.

El inicio de los síntomas de delirio tiende a ser rápido y puede incluir trastorno del funcionamiento intelectual; desorientación en tiempo y lugar pero por lo común no en identidad; deterioro del lapso de atención; deterioro de la memoria; labilidad emocional; parloteo sin sentido; deterioro del juicio; y alteración del nivel de consciencia, como hipervigilancia, somnolencia leve y estado semicomatoso. Son posibles los cambios perceptuales significativos, como alucinaciones (por lo general visuales) e ilusiones (p. ej., percepción de los cuidadores como vigilantes policíacos). Pueden aparecer alteraciones de los ciclos de sueño y vigilia; de hecho, la inquietud y los trastornos del sueño suelen ser indicios tempranos. Tal vez el paciente sea suspicaz, presente cambios de personalidad y experimente ilusiones con mayor frecuencia que ideas delirantes. Los cambios conductuales pueden acompañarse de signos físicos, como disnea, fatiga y lentitud de las actividades psicomotoras.

RECUADRO 33-1 Posibles causas de deterioro de la cognición

Desequilibrios hidroelectrolíticos	Dolor
Medicamentos	Desnutrición
Insuficiencia cardíaca congestiva	Deshidratación
Hiperglucemia e hipoglucemia	Anemias
Hipertermia e hipotermia	Infección
Hipercalcemia e hipocalcemia	Hipotensión
Hipotiroidismo	Traumatismo
Disfunción cardíaca	Cáncer
Disfunción respiratoria	Alcoholismo
Disfunción renal	Hipoxia
Trastornos del SNC	Sustancias tóxicas
Estrés emocional	

SNC, sistema nervioso central.

CONCEPTO CLAVE

El delirio altera el nivel de consciencia, mientras que la demencia no lo hace.

Las enfermeras pueden tener un cometido importante al detectar con prontitud signos de confusión. La realización adecuada de anamnesis y valoración del estado mental en el contacto inicial proporcionan datos de referencia con los cuales comparar los cambios (v. Guía de valoración 32-1). Cualquier cambio en el patrón conductual o cognitivo precisa una evaluación. Existe el riesgo de que el delirio no sea reconocido por personas no familiarizadas con el paciente que suponen que la

falta de cognición es normal en él. De modo similar, los individuos con demencia pueden presentar delirio como una respuesta a un trastorno agudo, aunque no lleguen a diagnosticarse porque los cambios no se comprenden o identifican.

El delirio es reversible en la mayoría de las circunstancias y la atención expedita, tratando el trastorno como una urgencia médica, puede prevenir el daño permanente. El tratamiento depende de la causa (p. ej., estabilizar la glucemia, corregir la deshidratación o suspender un fármaco). Tratar los síntomas en lugar de la causa o aceptar los síntomas como normales y no procurar el tratamiento quizá den por resultado no sólo el empeoramiento del estado mental sino también la continuación de un trastorno físico que podría poner en peligro la vida.

CONCEPTO CLAVE

Dado que los mayores con frecuencia tienen múltiples problemas de salud, es importante recordar que la causa del delirio puede provenir de varios factores coexistentes.

Durante la etapa aguda inicial, los objetivos primarios son estabilizar al paciente y minimizar la estimulación. Es importante la consistencia en la atención; así, el paciente se beneficia de la interacción con un número limitado de personas. Dar orientación y explicaciones frecuentes fomenta el funcionamiento y reduce la ansiedad y el estrés. Es importante controlar la temperatura ambiental, el ruido y el tránsito de personas. Resulta favorable colocar al paciente en un área tranquila, lejos de las zonas con mayor actividad. Deben evitarse las luces brillantes, pero se requiere iluminación suficiente para que el paciente pueda visualizar de manera adecuada el entorno. La enfermera debe asegurarse de que el paciente no dañe a otros o a sí mismo y que se satisfagan sus necesidades de atención física. Sin importar el nivel de funcionamiento intelectual o de consciencia, es importante hablarle y ofrecerle explicaciones de las actividades o intervenciones que se realizan. Los familiares a menudo necesitan un considerable apoyo y explicaciones realistas para aliviar su ansiedad (p. ej., «No, no tiene enfermedad de Alzheimer. Su confusión se debió a que se redujo mucho su concentración de glucosa, o azúcar, en la sangre. Estará bien tan pronto como el nivel vuelva al valor normal.»).

DEMENCIA

La demencia es un deterioro progresivo irreversible del funcionamiento cognitivo que afecta la memoria, la orientación, el juicio, el razonamiento, la atención, el lenguaje y la resolución de problemas. Es causada por daño o lesión del encéfalo. Se estima que 5% de los adultos mayores sufren alguna forma de demencia.

Enfermedad de Alzheimer

La enfermedad de Alzheimer es la forma más común de demencia; de hecho, la probabilidad de sufrir enfermedad de Alzheimer se duplica cada cinco años después de cumplir 65, de lo que resultan más de 60% de todos los casos de demencia

(Alzheimer's Association, 2007). Los científicos proyectan un aumento impresionante en la prevalencia a menos que se descubran nuevas maneras de prevenir y tratar la enfermedad (National Institute on Aging, 2006).

La enfermedad de Alzheimer se caracteriza por dos cambios en el encéfalo. El primero es la presencia de placas neuríticas, las cuales contienen depósitos de proteína amiloide β (hay cantidades excesivas de ésta en personas con enfermedad de Alzheimer y síndrome de Down). La proteína amiloide β es un fragmento de proteína precursora de amiloide que ayuda a las neuronas a crecer y repararse. Los fragmentos de amiloide β se adhieren entre sí formando placas que alteran el funcionamiento de las células nerviosas en el encéfalo. En la actualidad no se sabe si las placas son una causa o un subproducto de la enfermedad.

El segundo cambio encefálico característico es la formación de marañas neurofibrilares en la corteza. Los microtúbulos, estructuras presentes dentro de las neuronas sanas, normalmente son estabilizados por una proteína especial llamada tau. En la enfermedad de Alzheimer, tau cambia y comienza a formar pares de hilos de tau, que se enmarañan. Esto hace que los microtúbulos se desintegren y colapsen el sistema de transporte de la neurona.

Estos cambios encefálicos ocasionan la pérdida o degeneración de neuronas y sinapsis, en especial dentro de la neocorteza y el hipocampo. Resulta interesante el hecho de que la relación de causa y efecto entre estos cambios encefálicos y la enfermedad de Alzheimer sea incierta hasta la fecha.

También aparecen cambios en los sistemas de neurotransmisores relacionados con enfermedad de Alzheimer, como reducción de receptores de serotonina, captación de serotonina dentro de las plaquetas, producción de acetilcolina en las zonas del encéfalo en que se encuentran placas y marañas, acetilcolinesterasa (que degrada acetilcolina) y colina acetiltransferasa. (Inhibidores de colinesterasa y agonistas nicotínicos, muscarínicos y colinérgicos están entre los fármacos de acción en neurotransmisores que se usan para el tratamiento de la enfermedad de Alzheimer con el fin de compensar los cambios en los neurotransmisores.)

Estudios recientes han confirmado que ocurren cambios patológicos en el encéfalo años antes de que aparezcan síntomas de enfermedad de Alzheimer. La etapa de transición entre el envejecimiento cognitivo normal y la demencia, en la cual la persona tiene deterioro de la memoria a corto plazo y problemas con funciones cognitivas complejas, se conoce como *deterioro cognitivo leve*. Las personas que lo presentan se hallan en mayor riesgo de padecer enfermedad de Alzheimer; en la actualidad se explora el motivo por el cual algunas personas con ese trastorno avanzan hasta la enfermedad y otras no.

Posibles causas

Aunque intervienen factores ambientales, hay factores genéticos que elevan el riesgo de enfermedad de Alzheimer. Los estudios han revelado que en la misma familia se dan varias generaciones de pacientes con dicha enfermedad. Se han identificado anomalías cromosómicas. Un sólido argumento en favor de la formulación genética de la enfermedad proviene de su conexión con el síndrome de Down. En las personas que padecen éste hay un cromosoma 21 extra; además de que estos pacientes

comienzan a presentar síntomas de demencia después de los 35 años, la prevalencia de enfermedad de Alzheimer es mayor en familias con síndrome de Down y viceversa (Dykens, 2007). Un defecto en el cromosoma 21 en personas con enfermedad de Alzheimer causa la producción de proteína precursora de amiloide anómala. Se ha descubierto que también los cromosomas 14 y 1 presentan mutaciones en familias con alta prevalencia de enfermedad de Alzheimer; estas mutaciones causan la producción de proteínas defectuosas. Si sólo uno de estos genes mutantes se hereda de un progenitor con la enfermedad, la persona tiene 50/50 de probabilidad de sufrirla (Robakis, 2007).

PARA REFLEXIONAR

¿Desearía saber si tiene predisposición genética a la enfermedad de Alzheimer? ¿Qué diferencia podría hacer esto en su vida?

Existen investigaciones sobre la función de los radicales libres en el desarrollo de la enfermedad de Alzheimer. Los radicales libres son moléculas que pueden acumularse en las neuronas, con el resultado de daño (llamado daño oxidativo). Esto bloquea el flujo de sustancias hacia dentro y fuera de la célula, lo cual lesiona el encéfalo. Algunos estudios sugieren que los alimentos ricos en antioxidantes podrían conferir protección (Ancelin, Christen y Ritchie, 2007).

Se han encontrado concentraciones mayores de lo normal de aluminio y mercurio en las células encefálicas de pacientes con enfermedad de Alzheimer, por lo cual se especula acerca de la participación de toxinas ambientales en el trastorno. Sin embargo, los resultados no son concluyentes en lo que se refiere a su participación en el desarrollo de enfermedad de Alzheimer. Hay bajas concentraciones de zinc en personas con este trastorno, aunque no se tiene la certeza de si se trata de una causa o un efecto de la afección.

Existe alguna especulación acerca de un virus lento que causa las marañas neurofibrilares en el encéfalo, pero en el momento actual no hay pruebas concluyentes que apoyen esta teoría. Se plantea la hipótesis de que algunos riesgos relacionados con enfermedad de Alzheimer son hiperlipidemia, hipertensión, tabaquismo, lesión encefálica e inactividad física y mental. Por ahora ninguna teoría explica este complejo trastorno.

Síntomas

Los síntomas de esta enfermedad degenerativa progresiva se presentan de manera gradual y avanzan con diferente rapidez entre los individuos afectados. La Global Deterioration Scale/Functional Assessment Staging constituye una manera de estadificar la enfermedad de Alzheimer (figura 33-1) (Auer y Reisberg, 1997). Aunque dicha estadificación puede ayudar a predecir el curso general y a planificar la atención, debe apreciarse que muchos factores afectan el avance del trastorno y que habrá variación individual.

Al principio de la enfermedad, el paciente puede estar consciente de los cambios en la capacidad intelectual y tornarse deprimido o ansioso, o intentar compensar

escribiendo información, estructurando rutinas y simplificando responsabilidades. Puede requerirse algún tiempo para que incluso los allegados al paciente detecten síntomas.

CONCEPTOS CLAVE

El riesgo de suicidio de una persona con demencia es máximo al principio de la enfermedad, cuando el individuo está consciente de los cambios que experimenta.

Además de los antecedentes de síntomas referidos por el paciente y sus familiares o allegados, el diagnóstico es corroborado por imágenes encefálicas que revelan cambios en la estructura del encéfalo que concuerdan con la enfermedad, pruebas neuropsicológicas que evalúan el funcionamiento cognitivo y pruebas de laboratorio y exámenes neurológicos.

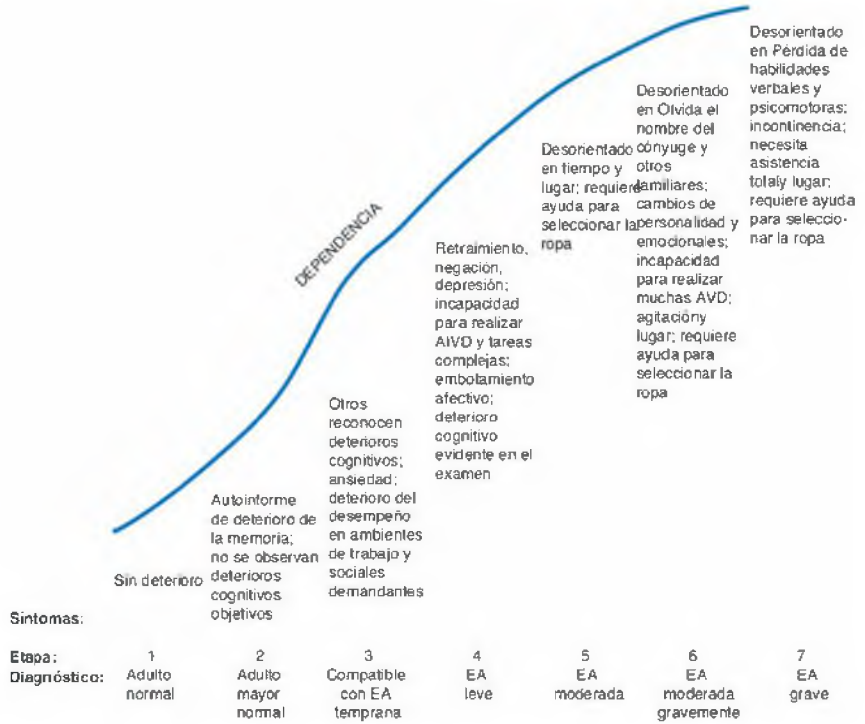


FIGURA 33-1 ■ Etapas de la enfermedad de Alzheimer (EA). AIVD, actividades instrumentales de la vida diaria. AVD, actividades de la vida diaria. (Basada en Reisberg, B., Ferris, S. H., and de Leon, M. J. (1982). The Global Deterioration Scale for assessment of primary dementia. *American Journal of Psychiatry, 139*, 1136–1139; y Auer, S., and Reisberg, B. (1997). The GDS/FAST staging system. *International Psychogeriatrics, 9*(Suppl. 1), 167–171.)

Tratamiento

Aunque en la actualidad no existe tratamiento para prevenir o curar la enfermedad de Alzheimer, los National Institutes of Health y la industria privada realizan ensayos clínicos con la esperanza de encontrar una manera de mejorar el funcionamiento y frenar el avance del trastorno. Ha habido interés en la función del estrógeno en la mejora del funcionamiento cognitivo, pues se especula que dicha sustancia protege a las mujeres posmenopáusicas contra la enfermedad de Alzheimer u otras causas de declinación cognitiva con la edad; sin embargo, los resultados son contradictorios porque el Health Initiative Memory Study de la mujer demostró un mayor riesgo de demencia en mujeres posmenopáusicas que tomaban estrógeno con progestágeno (Henderson, 2006). Antioxidantes, antiinflamatorios, complementos (ácido fólico y vitaminas B_6 y B_{12}), terapia génica que añade un factor de crecimiento de nervios al encéfalo que envejece y el desarrollo de una vacuna son otras áreas que se encuentran en ensayos clínicos (National Institute on Aging, 2006).

Dado que la acetilcolina disminuye de manera abrupta en personas con enfermedad de Alzheimer, se han creado fármacos que suprimen o reducen la producción de la enzima (acetilcolinesterasa) que degrada la acetilcolina para ayudar a los pacientes con dicho trastorno; esos fármacos incluyen donepezilo, rivastigmina y galantamina.

Otras demencias

Además de la enfermedad de Alzheimer, otras diversas alteraciones patológicas pueden causar demencia:

- *Demencia vascular.* Resulta de pequeños infartos cerebrales. El daño del tejido encefálico puede ser difuso o localizado, el inicio es más rápido y el trastorno avanza de manera más predecible que la enfermedad de Alzheimer. Se relaciona con factores de riesgo como tabaquismo, hipertensión, hiperlipidemia, inactividad y antecedente de accidente cerebrovascular o enfermedad cardiovascular.
- *Demencia frontotemporal.* Se caracteriza por atrofia neuronal que afecta los lóbulos frontales del cerebro y no por marañas neurofibrilares y placas, como en la enfermedad de Alzheimer. Una característica específica de esta demencia son las anomalías conductuales en vez de cognitivas en la fase temprana. Asimismo, en lugar de memoria deficiente, entre los cambios cognitivos tempranos están deterioro del pensamiento abstracto y de las habilidades de habla y lenguaje. La enfermedad de Pick es la forma más común de demencia frontotemporal.
- *Demencia por cuerpos de Lewy.* También conocida como *enfermedad por cuerpos de Lewy* cortical, se relaciona con patología subcortical y presencia de sustancia de cuerpos de Lewy en la corteza cerebral. Las personas con esta demencia tienen fluctuaciones en el estado mental, se descompensan con rapidez cuando experimentan un trastorno médico y a menudo presentan reacciones idiosincrásicas a fármacos de tipo colinérgico (p. ej., sedantes y antipsicóticos). Alrededor de la cuarta parte de las personas a las que se diagnostica esta demencia tiene el antecedente familiar. La demencia por cuerpos de Lewy con frecuencia se diagnostica erróneamente como otras formas de demencia.

- *Enfermedad de Creutzfeldt-Jakob.* Es un trastorno encefálico extremadamente raro que causa demencia. Tiene inicio y avance rápidos, y se caracteriza por deterioro neurológico grave que acompaña la demencia. Se piensa que esta enfermedad puede ser transmitida por un virus lento; es posible una tendencia familiar a la enfermedad. El proceso patológico exhibe destrucción de neuronas en la corteza cerebral, crecimiento excesivo de la glía, estructura celular anómala de la corteza, hipertrofia y proliferación de astrocitos, y aspecto esponjiforme de la corteza cerebral. Los síntomas son más variados que en la enfermedad de Alzheimer e incluyen conducta psicótica, incremento de la labilidad emocional, deterioro de la memoria, pérdida del funcionamiento muscular, espasmos musculares, convulsiones y alteraciones visuales. La enfermedad avanza con rapidez y la muerte suele suceder en el transcurso del año que sigue al diagnóstico.
- *Encefalopatía de Wernicke y enfermedad de Parkinson* son la causa de un pequeño porcentaje de las demencias.
- *Sida.* Puede causar demencia en la fase final de la enfermedad.
- *Traumatismo* y *toxinas* son otras causas de demencia.

Estas otras formas de demencia pueden presentarse con síntomas similares a los que suelen relacionarse con la enfermedad de Alzheimer. Sin una evaluación exhaustiva para identificar o excluir otras causas, no es exacto llamar enfermedad de Alzheimer a una demencia determinada.

CONCEPTOS CLAVE

Otras afecciones pueden imitar la enfermedad de Alzheimer; por lo tanto, es esencial una evaluación detallada para descartar otras causas posibles de demencia antes de establecer el diagnóstico de enfermedad de Alzheimer.

Atención de personas con demencia

La naturaleza irreversible de la demencia y su evolución de deterioro progresivo tienen efectos devastadores en los individuos afectados y sus familiares. La mayoría de los cuidados que las personas con demencia requieren cae dentro del ámbito de la práctica enfermera.

Seguridad del paciente

Una de las principales consideraciones para la atención es la seguridad de los pacientes con demencia. Su juicio deficiente y sus percepciones erróneas pueden ocasionar problemas conductuales graves y accidentes. Es esencial un ambiente estructurado seguro. Las personas y los componentes del entorno deben ser constantes (fig. 33-2). Es útil incluir objetos que estimulen la memoria, como fotografías del paciente o símbolos que se usen de modo consistente (como una flor o un triángulo) en la puerta del dormitorio, o posesiones personales. El ruido, la actividad y los niveles de iluminación pueden estimular en exceso al paciente y reducir aún más el funcionamiento; por lo tanto deben controlarse. Esto es particularmente útil para prevenir y tratar el síndrome del atardecer (recuadro 33-2).

Los productos de limpieza, plaguicidas, fármacos y sustancias no comestibles que pudieran ingerirse por accidente deben almacenarse bajo llave. Deben colocarse protectores en enchufes sin usar, salidas eléctricas, ventiladores, motores y otros aparatos en los cuales podrían introducirse los dedos. El paciente no debe tener acceso a cerillas y encendedores; si fuma, debe hacerlo bajo estrecha supervisión. Ventanas y puertas pueden protegerse con material plástico transparente y es factible instalar mosquiteros fijos para evitar caídas desde las ventanas. El vagabundeo es común en los pacientes con demencia; en vez de sujetarlos o restringirlos, es más conveniente proporcionarles una zona segura en la que puedan caminar. Cabe instalar barreras protectoras para prevenir que los pacientes se alejen caminando; alarmas y campanillas en las puertas indican los intentos de salir. Con el gran riesgo de que los pacientes se vayan y no sean capaces de dar su nombre o dirección cuando se les encuentra, es conveniente que porten brazaletes de identificación todo el tiempo y que se disponga de una fotografía reciente de ellos.

FIGURA 33-2 ■ Objetos familiares, un ambiente estable y la constancia de los cuidadores pueden reducir algunos de los riesgos de seguridad y problemas conductuales relacionados con las demencias.

La prevención de abuso es otra consideración de seguridad. Además de que las personas mayores con demencia están en desventaja por su funcionamiento cognitivo deficiente, pueden ser víctimas de abuso por cuidadores estresados a causa de su comportamiento y sus necesidades de atención. Es importante valorar la idoneidad del manejo y el afrontamiento de los cuidadores, y proporcionarles apoyo y asistencia para prevenir que se vean abrumados.

Promoción del tratamiento y la actividad

Pueden ofrecerse diversas terapias y actividades al paciente con demencia, con base en su nivel de funcionamiento. Es posible que la terapia ocupacional y las terapias expresivas beneficien a quienes padecen demencia temprana. Pueden usarse diversos grados de orientación en la realidad, que van desde grupos diarios hasta recordar al paciente quién es durante cada interacción. Incluso el paciente con la mayor regresión puede mantener contacto y obtener estimulación a través de actividades, como escuchar música, acariciar a un animal y tocar diversos objetos. Ser tocado es también una experiencia placentera y estimulante.

Las técnicas de comunicación modificadas tal vez faciliten la actividad. Algunas estrategias útiles son:

- Usar oraciones simples que contengan una sola idea o instrucción.
- Hablar de manera tranquila empleando un tono adulto (no uno infantil).
- Evitar palabras o frases que puedan malinterpretarse, o el sarcasmo.
- Ofrecer oportunidades para la toma de decisiones simples.
- Evitar discusiones (las distracciones pueden ser de utilidad).
- Reconocer los esfuerzos con retroalimentación positiva.
- Observar expresiones no verbales y conductas.

Cuidados físicos

No deben pasarse por alto las necesidades de cuidados físicos de los pacientes con demencia. Estos individuos no suelen informar que tienen hambre y es posible que nadie advierta que han consumido menos de la cuarta parte del alimento que se les sirvió; tal vez no recuerden beber agua, así que pueden deshidratarse; quizá rehúsen de forma tan violenta bañarse que permanecen sucios; y las úlceras por presión en las nalgas pueden pasar inadvertidas. Estos pacientes requieren observación precisa y atención cuidadosa a sus necesidades físicas. Debe considerarse su potencial incapacidad para comunicar sus necesidades y molestias; un cambio sutil de conducta o funcionamiento, un gesto facial o la palpación repetida de una parte del cuerpo pueden dar indicios de que existe un problema. La estabilidad en los cuidadores permite a éstos familiarizarse con las conductas específicas de un paciente y reconocer con mayor rapidez una modificación respecto a la norma del individuo.

RECUADRO 33-2 Síndrome del atardecer

Los individuos con deterioros cognitivos pueden experimentar confusión nocturna, llamada síndrome del atardecer debido a su presentación «después de que el sol se pone». Algunos de los factores que incrementan el riesgo de este trastorno son el ambiente no familiar (p. ej., institucionalización reciente), alteración de los patrones de sueño (p. ej., por apnea hípnica), uso de sujeciones, exceso de estimulación, deprivación sensitiva o cambio en los ritmos circadianos.

Las enfermeras pueden prevenir y tratar el síndrome del atardecer como sigue:

- Colocando objetos familiares en la habitación de la persona.
- Proporcionando actividad física en la tarde para ayudar a la persona a consumir energía.
- Ajustando la iluminación en el ambiente para prevenir que la habitación se oscurezca en la tarde.
- Manteniendo encendida una luz tenue toda la noche.
- Teniendo contacto frecuente con la persona para darle seguridad y orientación.
- Usando el sentido del tacto para proporcionar contacto humano y tranquilizar a la persona.
- Asegurándose de que la temperatura ambiente esté en un intervalo confortable para la persona.
- Controlando ruido y circulación de personas en la tarde.
- Asegurándose de que se satisfagan las necesidades básicas de la persona (p. ej., líquidos adecuados, uso del inodoro, ropa seca).

Uso de terapias complementarias y alternativas

Para tratar las demencias se recurre a una variedad de terapias de medicina

complementaria. Entre los complementos nutricionales que se han utilizado están las vitaminas B_6, B_{12}, C y E, ácido fólico, zinc y selenio. Varios ensayos clínicos han demostrado que la planta ginkgo biloba mejora la circulación y el funcionamiento mental (Dos Santos-Neto, de Vilhena Toledo, Medeiros-Souza y de Souza, 2006; Rassamy, Longpre y Christen, 2007); sin embargo, se requiere cautela, porque ginkgo biloba podría incrementar el riesgo de hemorragia intraocular y hematoma subdural cuando se usa por largo tiempo o cuando se toma de manera simultánea con un anticoagulante. La medicina china, además de remedios de fitoterapia y nutrición, emplea una forma de ejercicio terapéutico llamado chi gong; se piensa que la oxigenación del encéfalo mejora con los ejercicios de respiración y la visualización que se practican en esa disciplina.

Respeto por el individuo

A medida que los pacientes se deterioran, su dignidad, valor personal, libertad e individualidad se ven en peligro. Es posible que los seres queridos vean al familiar demente como un extraño que vive dentro del cuerpo que alguna vez alojó a la persona que conocieron. Tal vez el personal sólo vea en el sujeto a otro paciente dependiente o necesitado de cuidados totales y no le considere como alguien que tiene una historia de vida única. Es posible que al ser visto cada vez menos como un ser humano normal o como la misma persona a la que se conoció, el individuo con demencia sea tratado de una manera deshumanizante. Debe prestarse especial atención al mantenimiento y la promoción de las siguientes cualidades:

- *Individualidad.* La enfermera debe investigar la historia personal y la unicidad del paciente e incorporarlos en las actividades de atención.
- *Independencia.* Incluso si se requiere el triple de tiempo para indicar a los pacientes cómo vestirse en lugar de vestirlos, debe aprovecharse cada oportunidad de que realicen autocuidados.
- *Libertad.* Conforme las libertades principales se van limitando, las libertades secundarias y el control cobran especial importancia. Las enfermeras deben tener precaución para que, en el nombre de la eficiencia y la seguridad, no se impongan restricciones tan graves que la calidad de vida resulte mínima.
- *Dignidad.* Irritarse o reír por las conductas de una persona demente no es menos cruel que reaccionar de modo similar ante una víctima de un accidente cerebrovascular que cae mientras camina. Estos pacientes deben recibir el mismo respeto y las mismas consideraciones que se da a cualquier adulto, como ropa atractiva, arreglo personal esmerado, corte de pelo apropiado para la edad, uso de su nombre, privacidad y confidencialidad.
- *Conexión.* Las personas con demencia siguen siendo seres humanos valiosos y miembros de familias, comunidades y del universo. La interacción y conexión con otras personas y la naturaleza reflejan reconocimiento y respeto por el ser espiritual que vive dentro del cuerpo y la mente alterados.

Apoyo a la familia del paciente

La asistencia y el apoyo a las familias de los paciente son parte integral de la atención

de enfermería de las personas con demencia. La carga física, emocional y socioeconómica de atender a un familiar con deterioro cognitivo puede ser inmensa. No debe suponerse que los familiares comprenden las técnicas básicas para los cuidados. La enfermera debe revisar las técnicas de cuidados específicas básicas, como las relativas al levantarse, el baño y el manejo de conductas inapropiadas. La enfermera también puede ayudar a preparar a los familiares para los sentimientos de culpa, frustración, ira, depresión y otros que a menudo acompañan a esta responsabilidad. Suele ser conveniente ayudar a las familias a planear los descansos de los cuidadores, establecer redes con grupos de apoyo y obtener orientación. En muchos países hay asociaciones de enfermedad de Alzheimer a las cuales referir a las familias (v. la lista de Recursos al final del capítulo).

CONCEPTOS CLAVE

No debe suponerse que los familiares dominan las técnicas de alimentación, baño, levantarse y otras habilidades de cuidados básicas.

En el Plan de cuidados enfermeros 33-1 se describe un plan de atención para una persona con enfermedad de Alzheimer.

CASO A CONSIDERAR

Una enfermera domiciliaria hace una visita inicial para evaluar al Sr. S., de 69 años, que tiene enfermedad de Alzheimer y para ayudar a su esposa a diseñar planes de atención eficaces. El Sr. S., fue diagnosticado hace alrededor de 1 año, como resultado de una evaluación iniciada por la universidad donde daba clases. Fuentes de la universidad mencionaron que el Sr. S., se comportaba de manera inapropiada: entraba en las clases de otros profesores y comenzaba su lección, olvidaba acudir a sus propias clases y reuniones, no se bañaba ni cambiaba en días, se dirigía a sus alumnos de manera incoherente y pedía a sus colegas ayuda para operar equipo de oficina que él había usado durante años sin problema. Después de observar que el estado del Sr. S., empeoraba de manera progresiva con el tiempo, el decano de la universidad llamó por teléfono a la Sra. S., para discutir la situación. Ella afirma que notó que su marido actuaba de manera inusual (olvidaba nombres y citas, emitía cheques sin fondos, discutía sin razón, hacía comentarios poco amables a los amigos y confundía los días de trabajo y de descanso), pero pensó que podría relacionarse con el envejecimiento y el estrés laboral. Cuando el decano habló con ella, la Sra. S., se dio cuenta de que podría haber un problema grave y acompañó a su marido para una evaluación, cuyo resultado fue el diagnóstico de enfermedad de Alzheimer. El Sr. S., se retiró de inmediato de la universidad y ha permanecido con su esposa 24 h al día desde entonces. La Sra. S., no observó más síntomas hasta el mes pasado, en que llamó al médico repetidas veces para discutir los nuevos problemas de incontinencia, dificultades para comer y vagabundeo. Estos nuevos problemas han devastado a la Sra. S.; está fatigada y manifiesta que come y duerme mal. Afirma de manera enfática: «nunca consideraré recluir a mi marido en una institución», y dice que lo cuidará en casa aunque ello le cause la muerte.

PENSAMIENTO CRÍTICO

- ¿Qué necesidades tienen el Sr., y la Sra. S. en este momento?
- ¿Qué recursos podrían ayudar a la Sra. S., a enfrentar las demandas de cuidado de su marido?

PLAN DE CUIDADOS ENFERMEROS 33-1

ADULTO MAYOR CON ENFERMEDAD DE ALZHEIMER

Diagnóstico enfermero: déficit de autocuidado de alimentación relacionado con deterioro cognitivo.

Objetivos	Intervenciones enfermeras
El paciente mantiene su peso dentro del intervalo ideal; está libre de signos de desnutrición	■ Pesar al paciente para establecer el peso de referencia y recomendar al cónyuge que lo pese cada semana e informe una pérdida de 2,5 kg o más ■ Revisar los alimentos que agradan y desagradan al paciente y su familia; ayudar a la familia a planear comidas que incorporen las preferencias del paciente; consultar a un nutricionista según se requiera ■ Recomendar a los familiares que proporcionen bocadillos nutritivos, alimentos que puedan tomarse con las manos y alimentos blandos/purés ■ Desaconsejar que el paciente coma nueces, caramelos duros, maíz inflado u otros alimentos que pudieran aspirarse con facilidad ■ Sugerir que el paciente coma en el mismo lugar (de preferencia un sitio con distracciones mínimas) y a la misma hora todos los días ■ Instruir a la familia para que guíe al paciente durante las comidas colocando el utensilio apropiado en su mano, dándole instrucciones una a la vez y elogiando los buenos hábitos para comer ■ Discutir con la familia la posibilidad de solicitar un servicio de comidas de la comunidad como comidas a domicilios o alguno similar

Diagnóstico enfermero: déficit de autocuidado de uso del inodoro y deterioro de la eliminación urinaria: incontinencia funcional relacionada con trastorno cognitivo.

Objetivos	Intervenciones enfermeras
El paciente establece una rutina de uso del inodoro para prevenir la incontinencia (si es posible); está libre de complicaciones relacionadas con incontinencia	■ Valorar el patrón de eliminación urinaria e intentar determinar si la incontinencia se debe a trastorno cognitivo u otro problema; referir para evaluación si está indicado ■ Ayudar a la familia a identificar el lapso entre las micciones y diseñar un plan para que el paciente use el inodoro media hora antes de la hora prevista de la micción ■ Asegurar el fácil acceso al baño; hacer los arreglos para obtener una silla con váter y un orinal si es necesario ■ Reforzar la técnica correcta de limpieza y el cuidado de la piel para prevenir irritación ■ Sugerir ropa que el paciente pueda manipular con facilidad para realizar la eliminación; sustituir los botones y cremalleras de los pantalones con cierres de velcro ■ Proporcionar información sobre productos para la contención de orina y su disponibilidad en la comunidad

Diagnóstico enfermero: riesgo de lesión por vagabundeo, juicio deficiente a causa de trastorno cognitivo.

Objetivo	Intervenciones enfermeras
El paciente está libre de lesión	■ Inspeccionar la casa con la familia en busca de peligros potenciales para el paciente y hacer las recomendaciones apropiadas ■ Asegurarse de que la casa esté equipada con alarma contra humo y extintor de incendios ■ Recomendar medidas preventivas, como almacenar bajo llave sustancias químicas, fármacos y otras sustancias potencialmente peligrosas, fijar la temperatura máxima del agua caliente en menos de 50° C, colocar alarmas en las puertas para advertir si el paciente sale de casa, mantener el ambiente bien iluminado y libre de obstáculos, cubrir los enchufes, cerrar y asegurar las ventanas, tener una llave de repuesto con algún vecino. Ayudar a ubicar tiendas de equipo de seguridad ■ Instruir a los familiares sobre el modo de administrar medicamentos al paciente ■ Verificar que el paciente use calzado estable y ropa segura ■ Aconsejar a la familia que tenga a la mano una fotografía reciente de la persona en caso de que se pierda y deba ser localizada por individuos que no lo conozcan ■ Indicar cómo obtener un brazalete de identificación para el paciente

Diagnóstico enfermero: trastorno del patrón de sueño relacionado con demencia.

Objetivos	Intervenciones enfermeras
El paciente duerme 5 a 7 h cada noche; hace una siesta en el día; está libre de fatiga, insomnio y otras alteraciones de sueño/reposo	■ Recomendar a los familiares que lleven un registro de los períodos de sueño y siesta del paciente para valorar los patrones ■ Aconsejar a la familia que se ciña a una rutina constante y simple para dormir; procurar iluminación tenue y música, ya que facilitan el sueño; evitar que el paciente duerma en exceso en el día; alentar el ejercicio temprano por la tarde

Diagnóstico enfermero: deterioro de la comunicación verbal relacionado con enfermedad de Alzheimer.

Objetivos	Intervenciones enfermeras
El paciente está orientado en persona, lugar y tiempo (al máximo grado posible); comunica sus necesidades de manera eficaz	■ Instruir a la familia sobre técnicas de comunicación útiles, como: • uso de maneras tranquilas y relajadas para la comunicación • abordar al paciente desde el frente y obtener su atención antes de hablarle • uso de lenguaje básico • dar una instrucción o hacer un comentario a la vez • evitar sobreestimular o sobrecargar al paciente • dar todo el tiempo necesario para que el paciente responda • identificar los términos usados por el paciente para describir necesidades u objetos • usar distracciones cuando el paciente se altera ■ Alentar a la familia para que mantenga al paciente orientado y coloque relojes y calendarios en las habitaciones que él utiliza ■ Ayudar a los familiares a identificar y evitar aspectos del entorno que podrían promover percepciones erróneas, como sombras proyectadas por determinadas luces y radios que suenan en habitaciones vacías

Diagnóstico enfermero: interrupción de procesos familiares y tensión del rol de cuidador relacionados con alteración de roles y funciones del paciente, y con las demandas impuestas sobre el cuidador.

Objetivos	Intervenciones enfermeras
La familia está libre de efectos adversos de la enfermedad del paciente; desarrolla maneras eficaces de afrontar el trastorno del paciente	■ Valorar las reacciones de la familia al trastorno del paciente y el impacto en roles y funciones; identificar riesgos y necesidades de los familiares ■ Discutir con la familia las realidades de la enfermedad y el pronóstico para el paciente ■ Identificar otros recursos de la familia o los allegados que puedan ofrecer apoyo y asistencia al familiar cuidador ■ Referir a la familia a organismos locales de enfermedad de Alzheimer y trastornos relacionados, servicios de orientación y otros servicios de apoyo ■ Auxiliar para encontrar ayuda de relevo de los cuidados; recomendar un programa de atención diurna para el paciente ■ Discutir el posible ingreso en una residencia para adultos mayores; escuchar las preocupaciones de la familia; aclarar conceptos erróneos y presentar hechos ■ Ayudar a la familia a identificar sus propias necesidades y diseñar planes para sus vidas conforme el estado del paciente decline ■ Permitir y alentar la expresión de sentimientos; ofrecer apoyo

LLEVANDO LA INVESTIGACIÓN A LA VIDA

MASAJE EN EL MANEJO DE LA AGITACIÓN EN USUARIOS DE RESIDENCIAS PARA ADULTOS MAYORES CON DETERIORO COGNITIVO

Holliday-Welsh, D. M., Gessert, C. E., & Renier, C. M. (2009). Geriatric Nursing, 30(2), 109–117.

En este estudio se identificó a un grupo de usuarios de residencias para mayores que eran susceptibles de sufrir agitación con base en el informe Minimum Data Set. Los sujetos eran personas mayores de 60 años con deterioro cognitivo moderado o grave y antecedente de agitación. Se recogieron datos de referencia acerca de vagabundeo, conductas de abuso verbal y físico, conducta socialmente inapropiada o disruptiva y resistencia a recibir cuidados. Después de que se puso en marcha la terapia de masaje en los sujetos, se observó mejoría en todas las conductas excepto las socialmente inapropiadas o disruptivas, en las cuales no hubo efecto.

El masaje es una intervención que se comprende bien, fácil de aprender y de bajo riesgo, susceptible de ser administrado por personal enfermero, familiares y voluntarios. Ayuda a mejorar conductas sin recurrir a fármacos. Como en el caso de cualquier intervención, el método debe individualizarse y la respuesta al masaje vigilarse y evaluarse. Aunque éste suele ser una experiencia placentera y relajante para muchas personas, en algunos individuos podría inducir agitación.

REALIDADES PRÁCTICAS

Una enfermera acepta un puesto en una gran residencia para adultos mayores que tiene una «unidad de cuidados especiales» para personas con demencia. En

la unidad hay 25 residentes con demencia moderada a avanzada. Ella nota que esa unidad se ve como cualquier otra y durante el recorrido de presentación pregunta sobre los programas y las características que la hacen única. Le contestan que el Departamento de actividades trabaja con un grupo a las 2 p. m. todos los días y que eso previene el vagabundeo fuera de la unidad; las puertas requieren que se teclee un código especial para permitir la salida.

Al cabo de unos días determina que en realidad no hay nada de especial en la unidad. Los residentes pasan la mayor parte de los días sentados en el vestíbulo o el comedor, y el personal, en el control de enfermeras. Menciona a su supervisora que piensa que podrían utilizarse algunas intervenciones y ejecutarse algunos cambios para mejorar la calidad de vida y los servicios para los residentes y ella la anima a presentar ideas.

¿Cuáles son los cambios ambientales y de programación que apoyarían una atención eficaz de los residentes con demencia en esta unidad? ¿Cómo se pondrían en marcha?

EJERCICIOS DE PENSAMIENTO CRÍTICO

1. Describir situaciones que un paciente mayor podría experimentar durante una hospitalización para cirugía y que le podrían causar delirio.
2. Discutir el impacto del diagnóstico de enfermedad de Alzheimer en el cónyuge, los hijos adultos y los nietos de la víctima.
3. ¿De qué formas una persona podría manifestar negación de los signos de demencia de su cónyuge? ¿Qué conductas del cónyuge sano podrían demorar el diagnóstico del enfermo?
4. ¿A qué riesgos se enfrentaría una persona mayor con demencia leve si viviera sola en la comunidad?

RECURSOS

Alzheimer's Association
http://www.alz.org

National Institute on Aging, Alzheimer's Disease Education and Referral Center
http://www.nia.nih.gov/alzheimers

REFERENCIAS

Alzheimer's Association. (2007). *Alzheimer's disease: Causes and risk factors*. Retrieved October 10, 2007 from http://www.alz.org/alzheimers_disease_causes_risk_factors.asp

Ancelin, M. L., Christen, Y., & Ritchie, K. (2007). Is antioxidant therapy a viable alternative for mild cognitive impairment? Examination of the evidence. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders, 24*(1), 1–19.

Auer, S., & Reisberg, B. (1997). The GDS/FAST staging system. *International Psychogeriatrics, 9*(Suppl 1), 167–171.

Dos Santos-Neto, L. L., de Vilhena Toledo, M.A., MedeirosSouza, P., & de Souza, G. A. (2006). The use of herbal medicine in Alzheimer's disease—A systematic review. *Evidence Based Complementary and Alternative Medicine, 3*(4), 441–445.

Dykens, E. M. (2007). Psychiatric and behavioral disorders in persons with Down syndrome. *Mental Retardation and Developmental Disability Research Review, 13*(3), 272–278.

Henderson, V. W. (2006). Estrogen-containing hormone therapy and Alzheimer's disease risk: Understanding discrepant inferences from observational and experimental research. *Neuroscience, 138*(3), 1031–1039.

National Institute on Aging. (2006). *Alzheimer's disease: Unraveling the mystery.* Publication No. 02-3782. Rockville, MD: National Institutes of Health.

Pfeiffer, E. (1975). A short portable mental status questionnaire for the assessment of organic brain deficit in elderly patients. *Journal of the American Geriatric Society, 23*(10), 433.

Rassamy, C., Longpre, F., & Christen, Y. (2007). Ginkgo biloba extract (EGb 761) in Alzheimer's disease: Is there any evidence? *Current Alzheimer Research, 4*(3), 253–262.

Robakis, N. K. (2007). The discovery and mapping to chromosome 21 of the Alzheimer's amyloid gene: History revised. *Journal of Alzheimer's Disease, 10*(4), 453–455.

LECTURAS RECOMENDADAS

Las lecturas recomendadas relacionadas con este capítulo pueden encontrarse en el sitio web que acompaña al libro. Visítese **http://thepoint.lww.com/espanol-Eliopoulos8e** para acceder a las lecturas recomendadas y otros recursos adicionales vinculados con este capítulo.

UNIDAD 7

Temas de atención gerontológica

34 Vida en armonía con trastornos crónicos

35 Cuidados de rehabilitación

36 Atención a pacientes con enfermedades agudas

37 Atención de larga duración

38 Atención proporcionada por la familia

39 Atención al final de la vida

CAPÍTULO 34

Vida en armonía con trastornos crónicos

RESUMEN DEL CAPÍTULO

Trastornos crónicos en la edad avanzada

Objetivos de la atención de enfermos crónicos

Valoración de las necesidades de atención de los enfermos crónicos

Maximización de los beneficios de la atención de enfermos crónicos

- Selección de un médico adecuado.
- Uso de un facilitador de atención de trastornos crónicos.
- Mejora del conocimiento.
- Localización de un grupo de apoyo.
- Elecciones inteligentes de estilo de vida.
- Uso de terapias complementarias y alternativas.

Factores que influyen en la atención de enfermos crónicos

- Mecanismos de defensa e implicaciones.
- Factores psicosociales.
- Impacto de la atención continuada en la familia.
- Necesidad de recibir cuidados en una institución.

Atención de enfermos crónicos: un desafío para los profesionales

enfermeros

La enfermedad no es una situación fácil de aceptar. Incluso un resfriado común altera la vida y causa malestar, irritabilidad y falta de motivación para trabajar y divertirse. Cuando un individuo enferma, las actividades básicas de la vida diaria pueden convertirse en un fastidio; el aspecto personal puede ser la última de las preocupaciones y es posible que la vida pase a girar en torno a medicamentos, tratamientos y visitas al médico que hará al sujeto sentirse mejor. Por fortuna, para la mayoría de las personas la enfermedad es un suceso poco común y temporal; uno se recupera y vuelve a la vida de siempre.

OBJETIVOS DE APRENDIZAJE

Después de estudiar este capítulo, el lector será capaz de:

1. Discutir el alcance de los trastornos crónicos en la población mayor.
2. Distinguir entre sanación y curación.
3. Enumerar los objetivos de la atención de enfermos crónicos.
4. Diseñar los elementos de la valoración de las necesidades de cuidados de enfermos crónicos mayores.
5. Discutir métodos para maximizar los beneficios de los tratamientos para personas mayores con trastornos crónicos.
6. Identificar terapias alternativas que podrían beneficiar a los mayores con trastornos crónicos.
7. Discutir factores que afectan el rumbo de la atención de enfermos crónicos mayores.

CONCEPTOS BÁSICOS

Mecanismos de defensa: reacciones empleadas para afrontar una situación difícil o estresante.

Sanación: movilización de cuerpo, mente y espíritu para controlar los síntomas, promover una sensación de bienestar y alcanzar la máxima calidad de vida posible.

Trastorno crónico: disfunción o padecimiento prolongados.

Sin embargo, algunas enfermedades acompañarán a la persona durante el resto de su vida: se trata de los trastornos crónicos. Cuando éstos ocurren, cada aspecto de la vida del individuo puede verse afectado. Dado que los trastornos crónicos tienen alta prevalencia en la población mayor, las enfermeras gerontológicas con frecuencia deben ayudar a los pacientes a enfrentar las demandas que tales afecciones imponen.

Es importante que las enfermeras comprendan los desafíos y las metas peculiares de los pacientes que viven con trastornos crónicos. El éxito con que se manejen estas enfermedades puede marcar la diferencia entre un estilo de vida satisfactorio, en el cual el control de la enfermedad no es más que un componente de rutina y una vida controlada por las demandas de la enfermedad.

CONCEPTO CLAVE

La manera en que se maneje un trastorno crónico puede establecer la diferencia entre una vida satisfactoria de alta calidad y otra en la cual la persona es prisionera de una enfermedad.

TRASTORNOS CRÓNICOS EN LA EDAD AVANZADA

La tecnología médica ha ayudado a muchos pacientes a sobrevivir a enfermedades que antes causaban la muerte; cada vez más personas están llegando a edades más elevadas en las que la incidencia de enfermedad crónica es más alta. Así, no debe causar sorpresa que más del 80% de los mayores sufra al menos una enfermedad crónica. Ocurre un notable aumento de la frecuencia de casi todos los trastornos crónicos con la edad (recuadro 34-1), en especial si se considera el impacto de estas enfermedades en el individuo mayor afectado. Los posibles diagnósticos enfermeros relacionados con estos trastornos crónicos (tabla 34-1) ponen de relieve la alteración del bienestar físico, emocional y social.

RECUADRO 32-1 Principales trastornos crónicos de los adultos mayores

Alrededor de la mitad de los mayores sufre artritis.
Más de un tercio de las personas mayores tiene hipertensión.
Aproximadamente un tercio de los mayores presenta deterioro auditivo.
Más de un cuarto de los individuos mayores tiene cardiopatía.
Más de un octavo de las persona de edad avanzada padece deterioro visual.
Alrededor de otro octavo de los mayores tiene una deformidad o un trastorno ortopédico.
Casi 10% de los adultos mayores padecen diabetes.
Alrededor de 1 de cada 12 mayores está afectado por hemorroides o varices.

CONCEPTO CLAVE

La mayoría de los trastornos crónicos comunes en personas de edad avanzada puede afectar en grado significativo la calidad de vida.

OBJETIVOS DE LA ATENCIÓN DE ENFERMOS CRÓNICOS

La mayoría de los profesionales de la salud fueron educados en el modelo de atención de enfermos agudos, en el cual las actividades de atención del paciente se centran en diagnóstico, tratamiento y curación de la enfermedad. Dentro de este modelo, las intervenciones enfermeras se basan en acciones que curan a los pacientes y el éxito tiende a juzgarse con base en la rapidez y totalidad con que los pacientes se recuperan. Los trastornos crónicos plantean una situación del todo distinta. Ya que las enfermedades crónicas no pueden curarse, sería inapropiado encaminar las actividades de atención hacia la curación. Más bien, la sanación reviste la máxima importancia.

La *sanación* implica la movilización de cuerpo, mente y espíritu para controlar los síntomas, promover una sensación de bienestar y mejorar la calidad de vida. La persona con un trastorno crónico puede aprender a vivir de manera eficaz con la enfermedad y adquirir una sensación de paz interior y armonía a través del reconocimiento de que está definida por algo más que el cuerpo físico. La enfermera tiene un objetivo sana-dor al facilitar este proceso y guiar a los individuos con trastornos crónicos para alcanzar su máximo potencial y la máxima calidad de vida posible. En vez de administrar cuidados y tratamientos para o a los pacientes, la enfermera estimula las capacidades de autosanación de éstos creando un ambiente humano y físico terapéutico; educando; empoderando; reforzando, afirmando y validando; y eliminando barreras para el autocuidado y la autoconciencia.

CONCEPTO CLAVE

La sanación implica la movilización de cuerpo, mente y espíritu para controlar los síntomas, promover una sensación de bienestar y mejorar la calidad de vida.

Dado que los pacientes no pueden eliminar su enfermedad, las medidas de atención se concentran en ayudarlos a vivir de manera eficaz en armonía con el trastorno, más que curarlo. Los profesionales de la salud que buscan el éxito medido como el número de pacientes que se recuperan se sentirán frustrados y decepcionados cuando trabajen con personas que padecen trastornos crónicos; deben reorientarse a un nuevo conjunto de objetivos de atención (recuadro 34-2). Los siguientes objetivos son apropiados para la atención de enfermos crónicos:

TABLA 34-1 Posibles diagnósticos enfermeros relacionados con los 12 problemas crónicos principales de la edad avanzada.

	Artritis	Hipertensión	Deterioro auditivo	Cardiopatía	Cáncer	Insuficiencia cardíaca	Deterioro visual	Enfermedades osteomuscular ortopédico	Hernia	Diabetes	Varices	Hemorroides
Intolerancia a la actividad	✓	✓		✓	✓			✓	✓	✓	✓	✓
Ansiedad	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Estreñimiento									✓		✓	
Disminución del gasto cardíaco												
Deterioro de la comunicación verbal			✓									
Afrontamiento ineficaz	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Afrontamiento familiar incapacitante	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓		✓	✓	✓
Déficit de actividades recreativas	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Interrupción de procesos familiares	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓
Temor	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓
Déficit de volumen de líquidos								✓				
Exceso de volumen de líquidos					✓							
Duelo												
Mantenimiento ineficaz de la salud	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓
Deterioro del mantenimiento del hogar	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓
Riesgo de infección				✓		✓			✓	✓	✓	✓
Riesgo de lesión	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓			✓		
Déficit de conocimiento	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Deterioro de la movilidad física	✓	✓		✓	✓			✓	✓	✓	✓	
Incumplimiento	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades	✓				✓	✓	✓	✓	✓	✓		
Desequilibrio nutricional: ingesta superior a las necesidades	✓	✓		✓	✓					✓		
Deterioro de la mucosa bucal										✓		
Dolor	✓	✓		✓		✓		✓	✓		✓	✓
Impotencia	✓		✓	✓	✓		✓	✓				
Patrón respiratorio ineficaz				✓		✓		✓				
Déficit de autocuidado	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓
Trastorno de la imagen corporal	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓
Trastorno de la percepción sensorial	✓		✓				✓	✓				
Patrones sexuales ineficaces	✓	✓		✓				✓		✓		
Deterioro de la integridad cutánea				✓				✓		✓	✓	✓
Trastorno del patrón de sueño	✓	✓		✓		✓		✓	✓	✓	✓	✓
Deterioro de la interacción social	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓		
Aislamiento social	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓				
Sufrimiento espiritual												
Trastorno de los procesos mentales		✓	✓	✓			✓			✓		
Perfusión tisular ineficaz				✓								
Deterioro de la eliminación urinaria				✓						✓		

RECUADRO 32-2 Objetivos en la atención de enfermos crónicos

Mantener o mejorar la capacidad de autocuidado.
Manejar la enfermedad de manera eficaz.
Reforzar las capacidades de curación del organismo.
Prevenir complicaciones.
Retrasar el deterioro y la degeneración.
Alcanzar la máxima calidad de vida posible.
Morir con confort y dignidad.

- *Mantener o mejorar la capacidad de autocuidado.* Los trastornos crónicos a menudo imponen demandas adicionales a las personas. Tal vez se requiera hacer dietas especiales, modificar las actividades, administrar fármacos, realizar tratamientos o aprender a usar dispositivos o equipos auxiliares. Suele ser necesario que las enfermeras ayuden a los pacientes a incrementar sus capacidades

para cubrir esas necesidades. Las acciones encaminadas a esta meta incluyen: educar acerca de la enfermedad y su manejo, estabilizar y mejorar el estado de salud, promover el interés y la motivación para el autocuidado, usar dispositivos auxiliares y dar ayuda periódica con los cuidados.

- *Manejar la enfermedad de manera eficaz*. Es necesario que los individuos tengan conocimientos de su trastorno y la atención que implica. Tal vez se requiera el dominio de alguna técnica, como las de inyección de medicamentos, cambio de apósitos o colocación de prótesis. Sin embargo, es esencial la motivación para movilizar conocimientos y habilidades hacia el auto-cuidado eficaz, de modo que evaluar factores motivacionales y planear y ejecutar estrategias para favorecer la motivación son aspectos cruciales.
- *Reforzar las capacidades de curación del organismo*. Con frecuencia se subestima el tremendo potencial del organismo para combatir la enfermedad y curarse de manera natural. Ayudar a los pacientes a movilizar recursos naturales es una competencia enfermera importante. El manejo del estrés, la imaginación guiada, el ejercicio, los nutrientes que mejoran la inmunidad y la biorretroalimentación se reconocen entre las estrategias que pueden promover la autosanación.
- *Prevenir complicaciones*. Las enfermedades crónicas y los tratamientos ordinarios para manejarlas pueden incrementar el riesgo de infecciones, lesiones y otras complicaciones. Los riesgos potenciales deben identificarse y prevenirse de modo activo, reconociendo que pueden modificarse con el paso del tiempo. Es necesario prevenir las complicaciones porque éstas podrían debilitar la capacidad de autocuidado, incrementar la discapacidad y acelerar la declinación. El que un paciente con diabetes tenga una vida activa o se convierta en un ciego amputado depende en gran medida del grado en que los planes terapéuticos se sigan y las complicaciones se prevengan de forma activa.
- *Demorar el deterioro y la degeneración*. Por su naturaleza, los trastornos crónicos a menudo empeoran de manera progresiva. Por ejemplo, una persona con enfermedad de Alzheimer sufrirá deterioro progresivo de su estado incluso si se le proporcionan cuidados muy precisos. Sin embargo, las prácticas preventivas pueden influir en si ese individuo conservará la ambulación o quedará postrado en cama al cabo de un tiempo. Debe hacerse un esfuerzo consciente por reforzar la importancia de las medidas de atención preventiva e identificar problemas en una etapa temprana.
- *Alcanzar la máxima calidad de vida posible*. Sentarse en la cama conectado a una bomba de oxígeno puede mantener el organismo funcionando, pero ofrece escaso estímulo a la mente y el espíritu. Debe considerarse el ayudar a los pacientes a participar en actividades que dan placer, estímulo y recompensa. La enfermera debe valorar el grado en que se satisfacen las necesidades de recreación, sociales, espirituales, emocionales, sexuales y familiares, y ofrecer ayuda para satisfacerlas (p. ej., presentar nuevas aficiones, aconsejar sobre posiciones alternas para el coito, conseguir transporte en vehículos especialmente equipados y hacer los arreglos para que un clérigo visite al paciente en casa). Es necesario promover un autoconcepto positivo. Asimismo, los profesionales de la salud deben evaluar de

manera periódica el grado en que el tratamiento del trastorno promueve o impide un estilo de vida satisfactorio.

- *Morir con confort y dignidad.* A medida que el estado de salud declina y los pacientes enfrentan sus últimos días de vida, necesitan cada vez más apoyo físico y psicosocial. El alivio del dolor, la conservación de energía, las medidas de confort y ayuda para satisfacer las necesidades básicas se tornan aspectos decisivos. Las enfermeras también deben ser sensibles a la importancia de escuchar a las personas moribundas y hablar con ellas, anticipar sus necesidades, asegurar el apoyo espiritual y, lo que es más importante, transmitir la seguridad de que cuentan con el apoyo de la enfermera durante todo este periodo.

El éxito y el logro de las metas de la atención de enfermos crónicos deben medirse de modo distinto de como se hace para la atención de enfermos agudos. El deterioro de un paciente desde ser ambulatorio hasta quedar postrado en silla de ruedas puede considerarse un éxito si, sin intervención enfermera, ese paciente habría avanzado hasta la postración en cama o la muerte. De modo similar, una muerte confortable en los aspectos físico y emocional que deja recuerdos positivos en la familia del paciente puede ser un logro significativo. Estos determinantes de éxito son distintos de los propios del cuidado de enfermos agudos pero no menos importantes.

CONCEPTO CLAVE

El éxito en la atención de enfermos crónicos se mide de modo distinto de como se hace para la atención de enfermos agudos.

VALORACIÓN DE LAS NECESIDADES DE ATENCIÓN DE LOS ENFERMOS CRÓNICOS

Las capacidades de autocuidado varían en grado considerable entre las personas con trastornos crónicos. La capacidad de autocuidado de un mismo individuo también variará en diferentes momentos en el transcurso de la enfermedad. Por lo tanto, es necesario valorar de modo perspicaz y dar seguridades al paciente. La enfermera debe revisar la capacidad del individuo para cubrir cada uno de los requisitos para la salud y para satisfacer las demandas impuestas por la enfermedad (p. ej., administración de medicamentos, vestido, ejercicios especiales). A partir de esto, la enfermera puede determinar los déficits para la satisfacción de necesidades de atención. La mayoría de las personas con trastornos crónicos maneja sus afecciones en un entorno comunitario, a menudo con apoyo o participación de la familia; por lo tanto, en la valoración debe considerarse no sólo la capacidad del individuo para cubrir las demandas de cuidados sino también la capacidad de la familia para ayudar y enfrentar su provisión. Por ejemplo, un varón con diabetes y artritis grave en las manos tal vez no sea capaz de manipular una jeringa para inyectarse insulina, pero quizá su esposa sí pueda hacerlo; de esta manera, el paciente no tiene un déficit en esa área. De modo similar, una víctima de enfermedad de Alzheimer puede no ser capaz de protegerse

por sí misma de las amenazas a su seguridad, pero si vive con una hermana que supervisa sus actividades, este paciente no tendrá un déficit en su capacidad para protegerse. Dentro de este marco, *la familia es el paciente* y deben evaluarse las capacidades y limitaciones de la unidad familiar en su conjunto. Es necesario recordar que la familia no se limita a los parientes, sino que puede incluir a una variedad de allegados.

Sin embargo, la enfermera no puede suponer que la presencia de los miembros de la familia garantiza la compensación de los déficits de cuidado del paciente. A veces los cuidadores no tienen las capacidades físicas, mentales o emocionales para satisfacer las necesidades de atención del enfermo. Por ejemplo, la hija del paciente que funge como cuidadora puede ser a su vez un adulto mayor frágil. De modo similar, tal vez la familia no desee suministrar cuidados porque alteraría su modo de vida o sus sentimientos hacia el enfermo. Estos factores deben considerarse antes de delegar el cuidado en los familiares.

Una vez identificadas, las necesidades de atención deben revisarse con el paciente y la familia. Esto no sólo ayuda a validar la información, sino que además promueve la comprensión de todas las partes implicadas acerca de cuáles son las necesidades de atención reales. Deben identificarse de manera conjunta los métodos para satisfacer esas necesidades (p. ej., la hija ayudará con el baño, el hijo proporcionará transporte a la clínica para las visitas mensuales, la nuera llamará dos veces al día para recordar al paciente que tome los medicamentos). La enfermera debe informar a la familia sobre los servicios disponibles en la comunidad para complementar sus esfuerzos. En concordancia con la ética y el favor de la familia, en esta discusión han de incluirse los costes y limitaciones de los servicios comunitarios.

CONCEPTO CLAVE

El paciente y los familiares cuidadores deben validar las prioridades y metas del plan de cuidados.

Las necesidades de atención identificadas dirigen las metas y los planes de cuidados. Fijar metas es importante para ayudar a los pacientes y sus familias a comprender la tendencia realista del trastorno. Por ejemplo, un objetivo a largo plazo de restablecer la ambulación genera una actitud diferente que un objetivo de prevenir complicaciones a medida que el funcionamiento se deteriora. La aceptación de los objetivos a largo plazo suele requerir la aceptación de las realidades del trastorno, lo cual no es una tarea fácil para los pacientes y sus familias. Por lo general se requiere tiempo y considerable apoyo de las enfermeras para que los familiares comprendan que el estado físico o mental del paciente declinará con el tiempo. Esto no significa que debe destruirse la esperanza, sino que debe templarse con una percepción realista de lo que el futuro puede traer. Las metas a corto plazo constituyen una manera de evaluar los esfuerzos actuales y sirven como puntos de referencia en la atención; dichas metas pueden fijarse de manera diaria, semanal o mensual, según la situación.

Por último, los planes de atención escritos son beneficiosos para los pacientes y sus familias. Tener los planes por escrito evita discrepancias entre las percepciones y

la realidad. También impide que se olviden instrucciones y asegura que todos quienes participan en los cuidados del paciente tengan la misma comprensión.

PARA REFLEXIONAR

¿Cómo cambiaría su vida si descubriera que tiene un trastorno crónico que empeorará de manera progresiva? ¿Qué haría de modo diferente? ¿De dónde y de quién obtendría apoyo emocional y espiritual?

MAXIMIZACIÓN DE LOS BENEFICIOS DE LA ATENCIÓN DE ENFERMOS CRÓNICOS

A igualdad de diagnósticos y necesidades de atención, un individuo puede seguir siendo un miembro activo de la sociedad y disfrutar de una buena calidad de vida, mientras que otro quizá se convierta en un prisionero de la enfermedad recluido en casa. La diferencia puede depender del modo en que la persona aborda y maneja las actividades de atención.

Selección de un médico adecuado

Dado que los trastornos crónicos demandan supervisión médica a largo plazo, la selección de un médico pasa a ser un tema importante para el paciente. Éste debe tener contacto con un especialista familiarizado con las prácticas más actuales relacionadas con el trastorno. La enfermera puede ayudar al paciente proporcionándole los nombres de especialistas para que él los considere. Además de contar con acreditaciones y experiencia en el campo, el médico debe ser capaz de transmitir seguridad al paciente; una buena química entre ambos permitirá al enfermo hacer preguntas con libertad, discutir preocupaciones e informar sobre los problemas. Algunos factores que promueven una relación médico-paciente positiva son la accesibilidad del médico, el tiempo suficiente para visitas en el consultorio y las consultas por teléfono, un estilo de comunicación confortable y apropiado para el paciente, el respeto por la participación de éste en la toma de decisiones, la consideración de las necesidades de la unidad familiar en su conjunto, la apertura a terapias alternativas y complementarias, y una actitud de esperanza y optimismo.

CONCEPTO CLAVE

Además de la experiencia en el tratamiento del trastorno específico, el médico debe tener un estilo con el cual el paciente se sienta cómodo, porque la relación será prolongada.

Los pacientes tienen la responsabilidad de emplear de manera eficaz el tiempo del profesional de salud. Es posible indicarles que se preparen para las visitas al consultorio escribiendo preguntas, síntomas y preocupaciones, y llevando sus propios registros de pruebas de laboratorio, signos vitales y otros datos médicos importantes.

Uso de un facilitador de atención de trastornos crónicos

Quienquiera que haya intentado seguir una dieta para reducción de peso o un programa de ejercicio apreciará los beneficios de contar con un amigo con quien compartir la experiencia. De modo similar, la persona que debe enfrentar ajustes en el estilo de vida todos los días por el resto de la vida se beneficiará de un amigo o facilitador que le dé apoyo y asistencia. El facilitador de atención de trastornos crónicos puede ser un cónyuge, hijo, amigo o alguien con un trastorno similar que se preocupe y tenga contacto regular con el paciente (fig. 34-1). Puede acompañar al paciente a las pruebas diagnósticas o las visitas de rutina al consultorio y vigilar de manera sistemática su estado. Asimismo, puede dar retroalimentación y refuerzo positivo, además de escuchar cuando el paciente ha tenido un «desliz» en el régimen terapéutico o experimentado una regresión (recuadro 34-3). Por último, el facilitador podría ayudar al paciente a mantenerse actualizado sobre la enfermedad recortando artículos de revistas y compartiendo información obtenida de los medios. Las enfermeras gerontológicas están en posición de ayudar y apoyar a las personas que funcionan como facilitadores de atención de trastornos crónicos de adultos mayores diseñando algunos de los pasos básicos de este proceso (recuadro 34-4).

FIGURA 34-1 ■ Un facilitador de atención de trastornos crónicos, ya sea un amigo, cónyuge o alguien con un trastorno similar, tiene contacto regular con la persona mayor y puede darle apoyo y asistencia.

CONCEPTO CLAVE

Un facilitador de atención de trastornos crónicos da apoyo, aliento, refuerzo, asistencia y retroalimentación.

Mejora del conocimiento

Un paciente informado está bien provisto para manejar con éxito el trastorno crónico y prevenir complicaciones. Además, el conocimiento ayuda a empoderar al paciente. Diversas organizaciones virtuales para cada problema de salud ofrecen materiales educativos útiles, a veces sin costo (v. las listas de Recursos en todo el libro). La mayoría de los diarios tiene secciones fijas sobre salud que proporcionan información actualizada de enfermedades y sus tratamientos. Las bibliotecas de la localidad no sólo poseen abundante información en sus acervos, sino que además pueden ayudar a las personas en la búsqueda de bibliografía. Asimismo, cada vez más personas usan

Internet para obtener nueva información y compartir conocimientos. (Si los pacientes no tienen ordenador, a menudo pueden acceder a uno en las bibliotecas públicas.) Las enfermeras deben alentar a los pacientes a obtener toda la información que puedan y llevar un archivo de su trastorno.

RECUADRO 32-3 Funciones de un facilitador de atención de trastornos crónicos

- Mantener contacto regular con el paciente.
- Informarse sobre el trastorno crónico y las necesidades de atención implicadas; mantenerse actualizado sobre la nueva información y compartirla con el paciente; reunir información según se requiera.
- Reforzar el plan de cuidados.
- Ayudar al paciente a establecer prioridades y organizar las actividades de la atención.
- Asistir al paciente a establecer metas diarias, semanales y mensuales.
- Recordar al paciente las citas y actividades.
- Reconocer las realidades del trastorno.
- Escuchar preocupaciones y aceptar la reacción sin emitir juicios.
- Ofrecer retroalimentación.
- Usar el humor con fines terapéuticos. Realizar actividades divertidas con el paciente.
- Ayudar al paciente a localizar y usar recursos.
- Replantear los problemas como oportunidades; retar al paciente a considerar cambios, nuevos enfoques.
- Observar cambios o signos que podrían indicar complicaciones o cambios en el trastorno; alertar al paciente a consultar de manera expedita al profesional de salud.
- Acompañar al paciente en las visitas al consultorio de los profesionales de servicios de salud según se requiera.
- Reconocer los esfuerzos del paciente para el autocuidado y el cumplimiento, y darle refuerzo positivo.
- Alentar al paciente a cumplir con las demandas de la atención. Servir como fuente de inspiración y esperanza.

Localización de un grupo de apoyo

Los grupos de apoyo pueden ser importantes para personas con trastornos crónicos; dan la oportunidad no sólo de obtener valiosa información sino también de conocer las perspectivas de individuos que viven situaciones similares. Los pacientes suelen estar más dispuestos a hacer preguntas y expresar preocupaciones a sus homólogos que a los profesionales de la salud. La mayoría de los grupos de apoyo se localiza a través de los directorios telefónicos locales o los servicios de información y referencia del organismo local para las personas mayores; las sedes nacionales de los organismos también pueden canalizar a los pacientes a las oficinas locales.

Realización de elecciones inteligentes acerca del estilo de vida

Los pacientes con trastornos de salud de por vida necesitan comprometerse a hacer elecciones juiciosas acerca de su estilo de vida a fin de maximizar su salud y calidad de vida, por ejemplo, cumplimiento del plan terapéutico prescrito, prácticas alimentarias sensatas, ejercicio regular, manejo del estrés, asertividad para satisfacer las propias necesidades, desarrollo de una actitud sanadora y mentalización para vivir de manera positiva con el trastorno.

Uso de terapias complementarias y alternativas

Cada vez más personas usan terapias complementarias y alternativas para la promoción de la salud y el manejo de enfermedades, y hay evidencia creciente de la eficacia de estas medidas. En tales terapias se usa la capacidad del organismo para sanarse por sí mismo y ponen al paciente a cargo del proceso de sanación. En el recuadro 34-5 se enumeran algunas de las terapias alternativas que pueden usarse para complementar los tratamientos habituales. En algunos casos, las terapias complementarias y alter-nativas pueden sustituir tratamientos ordinarios, como cuando un analgésico es reemplazado por acupuntura o imaginación guiada. El hecho de que las terapias complementarias y alternativas no se hayan empleado antes de forma amplia en algunos países no significa que sean ineficaces; las personas de otros países han utilizado esas medidas con éxito durante siglos. Además, la escasez de investigación que apoye el uso de algunas de estas terapias no significa que carezcan de utilidad. (Hay que considerar que los investigadores tienen más oportunidades de obtener fondos para terapias ordinarias bien conocidas que para alternativas menos familiares; las compañías farmacéuticas no van a invertir grandes sumas de dinero en probar remedios de fitoterapia que no pueden patentar para su uso exclusivo; y la mayoría de los investigadores médicos ha sido educada en un sistema que perpetúa el uso de prácticas ordinarias.)

RECUADRO 32-4 Pasos en la facilitación (*coaching*) de la atención de trastornos crónicos

Contacto: programar el contacto telefónico o cara a cara con regularidad para verificar el estado del paciente.

Observación: estar atento a comentarios, estado de ánimo, lenguaje corporal, energía, estado general, presencia de síntomas, cumplimiento.

Afirmación: reforzar el plan de cuidados y las acciones, reconocer los esfuerzos y logros del paciente.

Clarificación: hacer preguntas, validar observaciones, corregir ideas erróneas, reforzar información.

Ayuda (*Help*): ofrecer asistencia cuando la capacidad para suministrarse autocuidado esté disminuida; localizar y negociar recursos.

Inspiración: alentar al paciente a cumplir con el plan de cuidados, construir sobre experiencias positivas y logros; ofrecer esperanza.

Promoción (*Nurture*): proporcionar educación, información, apoyo.

Guía: ayudar a establecer metas realistas, diseñar planes, fijar prioridades, buscar recursos.

Eliopoulos, C. (1997). Chronic care coaches: Helping people to help people. *Home Healthcare Nurse, 15*(3), 188.

RECUADRO 32-5 Terapias complementarias y alternativas para personas con trastornos crónicos

Acupresión
Acupuntura
Aromaterapia

Biorretroalimentación
Chi gong
Complementos nutricionales
Contacto terapéutico
Fototerapia
Hidroterapia
Hipnoterapia
Homeopatía
Imaginación guiada
Masaje terapéutico
Medicina ayurvédica
Medicina herbolaria
Medicina naturopática
Meditación
Osteopatía
Quiropatía
Relajación progresiva
Sonoterapia
Tai chi
Yoga

Esto no significa que no haya charlatanes ansiosos de aprovecharse de las personas con trastornos crónicos. La enfermera tiene un importante cometido para ayudar al paciente a evaluar la validez de las terapias complementarias y usar sólo prácticas sensatas y seguras. Debe alentarse a los pacientes a discutir estos tratamientos con sus médicos y otros profesionales de salud. (En algunas circunstancias, es necesario que los pacientes proporcionen bibliografía sobre estas terapias a sus médicos para informarles acerca de estas prácticas.) Lo ideal es que los pacientes sean capaces de utilizar lo mejor de las terapias complementarias/alternativas y de las prácticas de salud ordinarias.

CONCEPTO CLAVE

Muchos individuos se benefician del uso de una combinación de prácticas de salud ordinarias y complementarias/alternativas para la atención de sus trastornos.

FACTORES QUE INFLUYEN EN LA ATENCIÓN DE ENFERMOS CRÓNICOS

Quienquiera que haya hecho dieta puede apreciar la dificultad para continuar a largo plazo las conductas iniciales de pérdida de peso (p. ej., restricción de alimento y práctica de ejercicio) sin refuerzo y apoyo regulares. Lo mismo es válido para las nuevas conductas relacionadas con el manejo de un trastorno crónico. No es posible simplemente dar a las personas con trastornos crónicos sus instrucciones de atención, darlas de alta y olvidarse de ellas. Necesitarán contacto periódico y reevaluación de

su capacidad, recursos y motivación para manejar su trastorno.

Una variedad de factores pueden cambiar las capacidades de los pacientes para manejar su enfermedad. El estado de la afección puede modificarse e imponer más o diferentes demandas al paciente. El estado del paciente puede variar, reduciendo la capacidad para realizar autocuidados. Es posible que el estado del cuidador se modifique y limite el grado de compensación de los déficits del paciente. Todos los factores que influyen en los cuidados del paciente en el momento actual deben evaluarse con regularidad.

Mecanismos de defensa e implicaciones

Los cambios en el estilo de vida, las frustraciones y las pérdidas que las personas que deben vivir con trastornos crónicos suelen experimentar a veces hacen surgir determinadas reacciones que podrían alterar el flujo de la atención. Estas reacciones son mecanismos de defensa, que se usan cuando la situación es más de lo que el paciente puede afrontar, e incluyen:

- *Negación:* declaraciones o acciones que no son congruentes con las realidades de la enfermedad (p. ej., abandono de una dieta especial, suspensión unilateral de medicamentos, adquisición de responsabilidades que no se pueden cumplir).
- *Ira:* conducta hostil, con arranques violentos.
- *Depresión:* declaraciones acerca de lo desesperanzado de una situación, rechazo a realizar actividades de autocuidado, retraimiento, cuestionamiento acerca del objetivo de la vida.
- *Regresión:* dependencia creciente innecesaria, abandono del autocuidado.

Éstas y otras reacciones son indicaciones de que la fortaleza del ego del paciente se ve amenazada y que se requiere apoyo adicional. En vez de reaccionar a la conducta del paciente, los cuidadores necesitan comprender su origen y ayudarlo a trabajar en ella (p. ej., dando la oportunidad de que afloren las frustraciones y ofreciendo un descanso de las rutinas de los cuidados realizando la parte del paciente hasta que se sienta psicológicamente capaz de reanudar los autocuidados).

Factores psicosociales

Los trastornos crónicos pueden tener un profundo impacto en el funcionamiento psicosocial; a su vez, el funcionamiento psicosocial puede incidir en el grado en que el individuo vive de manera eficaz con el trastorno crónico. Los mayores que se enfrentan a pérdidas y cambios quizás se sientan abrumados e impotentes cuando se encuentran ante trastornos crónicos. El autoconcepto puede sufrir alteraciones cuando las personas mayores reciben diagnósticos que habían relacionado con la edad avanzada. Es posible que sientan que padecer trastornos crónicos los hace ser vistos como diferentes, menos competentes o poco atractivos; tal vez sean estigmatizados debido a la percepción que otros tienen de las personas con diagnósticos específicos o a causa de conductas que fomentan la estigmatización (p. ej., sentirse avergonzados por la enfermedad o identificarse a sí mismos como inadecuados por haber recibido un diagnóstico específico). Quizá comiencen a identificarse a sí mismos por su

diagnóstico o sus limitaciones (reales o percibidas); o tal vez otros les impongan tales identidades.

Los pacientes necesitan apoyo mientras se adaptan a su trastorno y aliento para adaptarlo a sus vidas, en vez de que éste trastorne su existencia. Muchas de las recomendaciones anteriormente señaladas capacitarán a estos individuos para vivir de manera eficaz con sus afecciones y alcanzar una salud psicosocial óptima. Durante la valoración deben considerarse síntomas psicosociales específicos y antecedentes que pudieran afectar la adaptación al trastorno crónico (p. ej., expresiones de desesperanza, el beneficio de obtener atención como resultado de la conducta de sentirse enfermo, baja capacidad de afrontamiento y ausencia de un sistema de apoyo) y es necesario planear intervenciones para abordarlos. Los grupos de apoyo pueden ser favorecedores porque ofrecen contacto con personas que experimentan problemas similares quienes pueden compartir estrategias exitosas, contestar preguntas y dar ejemplos de vida eficaz con el trastorno.

Impacto de la atención continuada en la familia

En el manejo en casa de una enfermedad crónica, la totalidad de la familia es el paciente; por lo tanto, al evaluar la atención debe considerarse el impacto en la familia en su conjunto. Una paciente con enfermedad de Alzheimer puede estar bien arreglada, bien nutrida y libre de complicaciones; viendo a la paciente de manera aislada, podría concluirse que su atención en casa ha sido exitosa. Sin embargo, el estado de la paciente pudo haberse conseguido a un coste elevado para la familia entera. Por ejemplo, es posible que el marido haya tenido que renunciar a su trabajo para atenderla durante el día; quizá la vida familiar de la hija se haya visto alterada porque necesita dormir en la casa paterna para ayudar a su padre a controlar el vagabundeo nocturno de su madre; los planes del hijo de expandir su negocio pudieron haberse pospuesto porque comenzó a financiar los gastos de sus padres. Son comunes algunos sacrificios y soluciones intermedias cuando los miembros de la familia asumen los roles de cuidadores, pero no deben alterar de forma grave su salud o su vida. Es posible que los familiares estén tan inmersos en la situación que no vean la magnitud del impacto que la provisión de cuidados está teniendo en sus propias vidas. A veces creen que deben ser un mal cónyuge o mal hijo por sentir que el cuidado del paciente es una carga. Las enfermeras pueden ayudar a los familiares a evaluar de manera realista sus responsabilidades como cuidadores e identificar cuándo deben considerarse otras opciones de atención del enfermo. Por ejemplo, tal vez los familiares sientan que lo mejor para el paciente sería ingresar en una residencia para adultos mayores, pero necesitan que el profesional de la salud haga la sugerencia y los ayude en el proceso de tomar esta difícil decisión.

CONCEPTO CLAVE

En la atención de enfermos crónicos, la totalidad de la familia es el paciente.

Necesidad de recibir cuidados en una institución

Aunque sólo el 5% de la población mayor se encuentra en una residencia para adultos mayores u otro entorno institucional en cualquier momento dado, alrededor de la mitad de todas las mujeres mayores y un tercio de todos los varones mayores pasarán algún tiempo en una residencia para enfermos crónicos durante su vida (American Association of Homes and Services for the Aging, 2012). La mayoría de las familias busca atención en instituciones de asistencia o residencias para adultos mayores después de haber intentado atender a su familiar mayor en casa, no como una primera opción. Para el momento en que buscan tal servicio, es posible que sus recursos físicos, emocionales y socioeconómicos hayan sufrido una merma significativa, y tal vez requieran apoyo y asistencia especiales de las enfermeras. (En el cap. 37 se discute la atención de individuos en instalaciones para enfermos crónicos.)

PARA REFLEXIONAR

¿Qué haría usted si su progenitor, cónyuge o hijo necesitara atención considerable? ¿Cuántos cuidados podría proporcionarle de manera realista y con qué recursos contaría?

ATENCIÓN DE ENFERMOS CRÓNICOS: UN DESAFÍO PARA LOS PROFESIONALES ENFERMEROS

La atención eficaz de enfermos crónicos no es un reto sencillo para los enfermeros. Requiere conocimiento y habilidades para el manejo de múltiples problemas médicos, adiestramiento en valoración y planificación, promoción individualizada de la capacidad de autocuidado, vigilancia de la salud familiar y otros factores. Confort, independencia y calidad de vida del paciente se ven influidos en gran medida por el tipo de servicios suministrados; en la atención de enfermos crónicos, la mayoría de esos servicios se encuentra dentro del campo de acción de la profesión enfermera. Quizá este tipo de atención, más que ningún otro, dé la oportunidad para que la enfermera demuestre sus facetas de práctica independiente y potencial de liderazgo total.

LLEVANDO LA INVESTIGACIÓN A LA VIDA

FACTORES QUE DETERMINAN FRECUENCIA, DURACIÓN Y CONTINUIDAD DE LA CAMINATA EN CASA DE PACIENTES CON EPOC

Donesky, D. A., Lanson, S. L., Nguyen, H. O., Neuhaus, J., Neilands, T. B., & Carrieri-Kohlman, V. (2011). Geriatric Nursing, 32(3), 178–187.

El objetivo de este estudio fue determinar los factores que influyeron en frecuencia, duración y continuidad del ejercicio de caminata en casa en pacientes que participaron en un programa de automanejo de la disnea. Los

pacientes llevaron registros y recibieron telefonemas cada dos semanas de la enfermera intervencionista. Se observó que los pacientes caminaban con más frecuencia si se habían ejercitado antes de ingresar en el estudio, no tenían síntomas depresivos y vivían con amigos o familiares. El tiempo que se ejercitaban (minutos) dependió de si recibían adiestramiento supervisado, de su condición física y de si vivían con familiares o amigos. La continuación del ejercicio por un período de 1 año se relacionó con el hecho de tener más sesiones de ejercicio supervisado como parte del programa y de haberse ejercitado con regularidad antes de ingresar en el programa.

A partir de estos resultados las enfermeras podrían concluir que las conductas previas influyen en el cumplimiento de conductas que se recomiendan a los pacientes para promover el manejo de un trastorno crónico y que el apoyo, ya sea a través de un programa formal o de familiares y amigos, influye en los resultados positivos. Como parte del plan para enseñar estrategias de auto-cuidado y promoción de la salud a personas con trastornos crónicos, el hecho de explorar conductas pasadas podría dar valiosos indicios sobre el cumplimiento potencial de los planes, al igual que la disponibilidad de apoyo de familiares y amigos. Por ejemplo, los pacientes que viven solos y tienen el antecedente de hábitos alimentarios deficientes tendrían menor probabilidad de cumplir con la dieta recién prescrita que aquellos que han sido conscientes acerca de los hábitos de alimentación y viven con personas que apoyan sus esfuerzos. La educación del paciente por sí sola suele ser insuficiente para que las personas se adapten a las prácticas de autocuidado necesarias a fin de vivir de manera eficaz con sus trastornos. Tal vez se requiera asistencia especial (p. ej., referencia a programas organizados o grupos de apoyo y llamadas telefónicas con regularidad para recordar y alentar) en el caso de individuos que carecen de apoyo o no tienen el antecedente de conductas que podrían requerirse para afrontar las necesidades impuestas por un trastorno crónico.

REALIDADES PRÁCTICAS

Usted acaba de unirse a una nueva práctica médica de especialidad geriátrica con un equipo de enfermeras, enfermeras en prácticas y médicos. El equipo reconoce que los trastornos crónicos son un gran reto para la población objetivo y desea ofrecer servicios que aborden ese reto. Quiere «salirse de lo común» al desarrollar métodos innovadores y le asigna a usted la tarea de diseñar un instrumento que evalúe las necesidades holísticas de la persona con un trastorno crónico.

Describa los componentes del instrumento de valoración que usted diseñaría.

EJERCICIOS DE PENSAMIENTO CRÍTICO

1. Discutir el modo en que la vida se vería afectada si se sufriera una enfermedad crónica. ¿Qué otros aspectos enfrenta una persona mayor que pasa por esta misma situación?

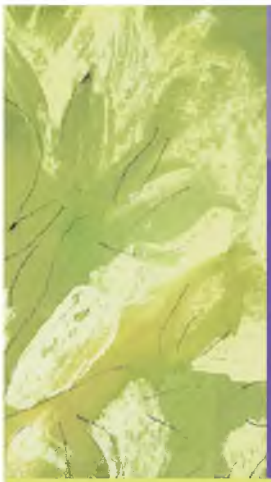
2. Revisar las principales enfermedades crónicas que afectan a la población mayor e identificar las amenazas para la calidad de vida que podrían relacionarse con cada una.
3. Describir factores que hacen que la mayoría de las enfermeras y los médicos estén mal informados acerca de las terapias alternativas o se resistan a aceptarlas.
4. Identificar medidas que podrían ayudar a empoderar a un individuo mayor con un trastorno crónico.

REFERENCIA

American Association of Homes and Services for the Aging. (2012). *Nursing Home Statistics.* Retrieved April 15, 2012 from http://www.aahsa.org/aging_services/default.asp

LECTURAS RECOMENDADAS

Las lecturas recomendadas relacionadas con este capítulo pueden encontrarse en el sitio web que acompaña al libro. Visítese **http://thepoint.lww.com/espanol-Eliopoulos8e** para acceder a las lecturas recomendadas y otros recursos adicionales vinculados con este capítulo.



CAPÍTULO 35

Cuidados de rehabilitación

RESUMEN DEL CAPÍTULO

Necesidad de rehabilitación

Vivir con discapacidad

- Importancia de la actitud y la capacidad de afrontamiento.
- Pérdidas que acompañan a la discapacidad.

Cuidados enfermeros en la rehabilitación

Valoración funcional

Intervenciones para facilitar y mejorar la funcionalidad

- Facilitación de la postura correcta.
- Ayuda con los ejercicios de rango de movimiento.
- Uso de accesorios para la movilidad y tecnología auxiliar.
- Reeducación para la eliminación.
- Mantenimiento y promoción del funcionamiento mental.
- Uso de recursos de la comunidad.

OBJETIVOS DE APRENDIZAJE

Después de estudiar este capítulo, el lector será capaz de:

1. Discutir los desafíos para los adultos mayores que viven con una discapacidad.
2. Describir los cuidados enfermeros en la rehabilitación.
3. Enumerar los componentes de la valoración de las actividades y las actividades instrumentales para personas mayores.
4. Identificar posiciones para la alineación corporal correcta.
5. Describir tipos de ejercicios de rango de movimiento.
6. Enumerar algunas consideraciones sobre el uso de accesorios para la movilidad de adultos.
7. Describir medidas para promover el funcionamiento mental en mayores.
8. Identificar recursos para ayudar en la rehabilitación de pacientes mayores.

CONCEPTOS BÁSICOS

Actividades de la vida diaria (AVD): uso del inodoro, alimentación, vestido, arreglo personal, baño y ambulación.
Actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD): tareas requeridas para la vida en la comunidad, como ir de compras, preparar comidas, lavar la ropa, arreglar la casa, usar el teléfono, manejar dinero, manejar medicamentos.
Deficiencia: restricción física o psicológica.
Discapacidad: incapacidad para realizar actividades de manera normal.
Fragilidad: estado en la cual una persona tiene debilidad y escasa resistencia.
Minusvalía: limitación para desempeñar un rol.
Sarcopenia: pérdida de masa muscular con la edad.
Tecnología auxiliar: dispositivos tecnológicos que permiten a una persona maximizar su independencia.

La prevalencia de trastornos crónicos, fragilidad y discapacidad en adultos mayores es significativa. Muchos de ellos deben aprender a vivir con movilidad limitada, dolor, deterioro de la comunicación y múltiples riesgos para su seguridad y bienestar. Dado que cada vez más personas llegan a edades avanzadas, sobreviviendo a trastornos que antes eran letales pero con discapacidades residuales, la prevalencia de discapacidad entre los mayores aumentará. El énfasis en salvar vidas debe compensarse con un interés en preservar la calidad de esas vidas. Las ventajas de la tecnología moderna para diagnosticar y tratar las enfermedades y mejorar la expectativa de vida se reducen al mínimo si las personas mayores deben vivir con discapacidades que dan por resultado malestar, dependencia y sufrimiento.

PARA REFLEXIONAR

Los avances en la tecnología para el cuidado de la salud han permitido salvar a personas de enfermedades graves, aunque en algunos casos esas personas quedan con un funcionamiento muy limitado y con sufrimiento. ¿Querría que se hiciera todo el esfuerzo posible por salvarle la vida a pesar de las consecuencias? ¿Por qué?

NECESIDAD DE REHABILITACIÓN

En la atención geriátrica la rehabilitación debe definirse en términos amplios. Puede considerársele aquellos esfuerzos que ayudan a los individuos a mejorar su capacidad funcional de modo que tengan un mejor afrontamiento, exhiban la máxima independencia, tengan una sensación de bienestar y disfruten de una vida satisfactoria. Es posible que los mayores necesiten cuidados de rehabilitación cuando su capacidad funcional se ve afectada por discapacidades o fragilidad que resultan del envejecimiento, de trastornos crónicos o accidentes.

Diversas discapacidades de las personas mayores no pueden eliminarse o, en muchos casos, mejorarse en grado significativo. Lesión pulmonar, amputaciones, enfermedad del músculo cardíaco, ceguera parcial, presbiacusia y deformidad articular suelen acompañar a los pacientes durante el resto de su vida. A menudo estas discapacidades crónicas reciben una intervención mínima; se asignan fondos y atención enérgica para restaurar el funcionamiento de alguien que ha sufrido un accidente cerebrovascular o una fractura, pero aquellos «sin potencial de rehabilitación» a menudo son abandonados en su necesidad de mantener el funcionamiento residual y prevenir la ulterior declinación.

La fragilidad es un desafío en particular para las personas mayores que debe considerarse en los cuidados de rehabilitación. Parte de la fragilidad es resultado de sarcopenia, cambios relacionados con la edad en los tejidos osteomusculares. Se piensa que la inmovilidad y la falta de ejercicio, el aumento de las concentraciones de citocinas proinflamatorias, la mayor producción de radicales libres de oxígeno o deterioro de la destoxificación, la baja producción de hormonas anabólicas, la desnutrición y el descenso de los impulsos nerviosos son los responsables de la sarcopenia (Di Iorio y cols., 2006). Existe un círculo vicioso en el cual las alteraciones que contribuyen a la fragilidad pueden fomentar la sarcopenia y, a su vez, la sarcopenia puede conducir al desarrollo de trastornos que amenazan aún más el funcionamiento y la calidad de vida.

Se considera que una persona es frágil si tiene al menos tres de los siguientes síntomas (Fried y cols., 2001):

- Pérdida de peso no planificada (5 kg o más en el último año).
- Marcha lenta.
- Escasa fuerza de sujeción.
- Fatiga, poca resistencia.
- Bajos niveles de actividad.

Los mayores que cumplen los criterios de fragilidad están en alto riesgo de caídas, discapacidad, hospitalización, ingreso en residencias para adultos mayores y muerte. Sin embargo, las prácticas de salud positivas y el manejo eficaz de los trastornos de salud son beneficiosos para ayudar a los individuos mayores a evitar la fragilidad. El reconocimiento y la intervención tempranos en caso de síntomas de fragilidad (p. ej., corregir la pérdida de peso y ayudar con ejercicios de fortalecimiento muscular) previenen o retrasan parte de la fragilidad que los mayores experimentan. Por ello es

especialmente útil revisar los síntomas de fragilidad durante las valoraciones enfermeras en gerontología.

Aunque discapacidad difiere de fragilidad, minusvalía y deficiencia (tabla 35-1), en todo este capítulo se usará el término *discapacidad* para discutir las necesidades de rehabilitación.

VIVIR CON DISCAPACIDAD

Un accidente de tránsito o un accidente cerebrovascular pueden causar discapacidad repentina a un adulto queantes era funcional e independiente, o quizá un trastorno crónico empeore de forma progresiva y se advierta de manera más aguda su efecto discapacitante. Cualesquiera que sean las circunstancias, pocas personas están preparadas para la discapacidad. Es difícil aceptarla en uno mismo o en los seres queridos. Las relaciones, los roles y las responsabilidades se trastocan; la desfiguración y la disfunción alteran la imagen corporal y el autoconcepto. Las pérdidas y limitaciones hacen emerger una nueva vulnerabilidad y hacen que la muerte se vea más real y cercana. Surge la preocupación acerca de posible dolor físico y emocional y se vive una sensación de frustración al desear eliminar la causa del problema y saber que no es factible. La discapacidad puede ser una montaña que sólo se asciende con dificultad y devastación extremas.

TABLA 35-1 Terminología usada para describir el estado funcional

Término[a]	Definición	Ejemplos
Discapacidad	Incapacidad para realizar una actividad de manera normal	Incapacidad para cortar el alimento por artritis en los dedos Marcha anómala por hemiplejía
Fragilidad	Tres o más de los siguientes síntomas: pérdida de peso progresiva, marcha lenta, escasa fuerza de sujeción, fatiga, bajos niveles de actividad	Déficit de autocuidado por debilidad, fatiga Caídas frecuentes por marcha inestable y debilidad
Deficiencia	Pérdida o defecto psicológicos, fisiológicos o anatómicos	Pérdida de extremidad por amputación Alteración de procesos mentales por demencia
Minusvalía	Limitación de la capacidad para cumplir un rol (quizá como consecuencia de discapacidad o deficiencia)	Pérdida del trabajo por amputación No participación en actividades familiares por trastorno cognitivo

[a]Aunque a menudo se usan de manera indistinta, cada uno de estos términos describe un estado diferente.

PARA REFLEXIONAR

¿Qué ejemplos ha visto en su familia de diferencias en el modo en que las personas reaccionan a los desafíos en materia de salud?

Importancia de la actitud y la capacidad de afrontamiento

La gravedad de la discapacidad puede ser menos importante para los esfuerzos de rehabilitación que la actitud y la capacidad de afrontamiento de los pacientes discapacitados y sus familias. Alguien con un problema cardíaco leve puede recluirse en su casa, preocuparse por su enfermedad y demandar que otros satisfagan todas sus

necesidades, mientras que un paciente con hemiplejía podría volver a la vida independiente en su apartamento modificado, encontrar un empleo y cultivar nuevos amigos e intereses. Las actitudes previas, la personalidad y el estilo de vida tienen una fuerte influencia en las reacciones a la discapacidad. Una persona que siempre pensó que la vida no le hacía justicia podría ver una discapacidad como la gota que derramó el vaso y renunciar a toda esperanza. En cambio, una persona optimista que antes afrontó los problemas como nuevos retos que vencer puede sentirse determinada a no permitir que una discapacidad controle su vida. Los individuos que disfrutan la independencia y rehúsan dejar que la enfermedad frene su modo de vida reaccionarán a la discapacidad de modo distinto que aquellos que utilizan los males reales o exagerados para obtener otras ganancias.

La reacción de la familia ante la persona discapacitada también influirá en las reacciones de esta última. Los familiares que refuerzan las conductas de sentirse enfermo e insisten en hacerlo todo por el paciente pueden dejarlo inválido en un sentido físico y psicológico, mientras que las que promueven el autocuidado y tratan a la persona discapacitada como un familiar responsable pueden ayudarla a sentirse un ser humano útil y normal.

CONCEPTO CLAVE

Las actitudes previas, la personalidad, las experiencias y estilo de vida influyen en las reacciones ante una discapacidad.

Pérdidas que acompañan a la discapacidad

Muchas pérdidas pueden acompañar a la discapacidad, como las de funcionamiento, rol, ingresos, estatus, independencia o quizá una parte del cuerpo. Las personas discapacitadas viven un duelo por estas pérdidas y a menudo tienen las mismas reacciones que se experimentan durante las etapas del proceso de morir. Tal vez nieguen sus discapacidades haciendo planes poco realistas y no cumpliendo sus planes de atención. Quizá tengan arranques de ira y se impacienten con aquellos que tratan de ayudarlas. Es posible que busquen una opinión médica más optimista o inviertan sus esperanzas en cualquier curandero que puedan encontrar. Un día pueden declarar con optimismo que su discapacidad les ha dado una nueva perspectiva de la vida y al siguiente preguntar llorosamente por qué viven. Estas reacciones fluctúan; es raro el individuo que acepta una discapacidad sin algunos períodos de pesadumbre o resentimiento.

CONCEPTO CLAVE

La discapacidad puede acompañarse de muchas pérdidas, como las de funcionamiento, rol, ingresos, estatus, independencia y estructura anatómica.

CUIDADOS ENFERMEROS EN LA REHABILITACIÓN

Los principios que guían la atención enfermera en gerontología cobran particular importancia en la rehabilitación e incluyen las siguientes acciones:

- Incrementar la capacidad de autocuidado.
- Eliminar o minimizar las limitaciones para el autocuidado.
- Actuar o hacer por la persona cuando ella no puede realizar la acción por sí misma.

CONCEPTO CLAVE

Mejorar la capacidad funcional de las personas mayores promueve una sensación de bienestar y una mayor calidad de vida.

Los esfuerzos por incrementar la capacidad de autocuidado podrían incluir el fortalecimiento de los músculos de los brazos del paciente para permitir una mejor transferencia a la silla de ruedas y un mejor impulso una vez en ésta o la enseñanza de cómo inyectarse insulina con una sola mano. Aliviar el dolor y hacer que se instale una rampa para favorecer la movilidad en la silla de ruedas son esfuerzos que minimizan o eliminan limitaciones. Obtener una prescripción en la farmacia y ayudar con los ejercicios de rango de movimiento son maneras en que las enfermeras actúan o hacen por el paciente. Siempre que las enfermeras proceden de esta forma, deben preguntarse qué podrían hacer para facultar a los pacientes a fin de que realicen la acción de modo independiente. Es posible que los pacientes dependan siempre de otros para algunas actividades, pero para otras pueden asumir la responsabilidad si se les da educación suficiente, se asigna un tiempo, se les alienta y se les proporcionan dispositivos de ayuda.

Las enfermeras deben recordar las siguientes directrices en la rehabilitación:

- Conocer las capacidades y limitaciones específicas del individuo. Valorar la capacidad de autocuidado del paciente y su estado mental, nivel de motivación y apoyo familiar.
- Hacer hincapié en el funcionamiento más que en la disfunción, y en las capacidades más que en las discapacidades.
- Dar tiempo y flexibilidad. A veces, las rutinas de la institución (p. ej., baño antes de las 9 a. m., entrega de todas las bandejas de comida 45 min después de su recepción) hacen que los cuidadores realicen las tareas por los pacientes a fin de que se efectúen de mejor manera. El deseo del personal de que todo sea eficiente y ordenado nunca debe estar por encima de la necesidad de independencia del paciente.
- Reconocer y elogiar los logros. Actos al parecer menores, como peinarse o impulsarse por sí mismas en la silla de ruedas por el pasillo, pueden ser el resultado de tremendos esfuerzos y determinación por parte de las personas discapacitadas.
- No entender como términos equivalentes la discapacidad física y mental. Tratar a

las personas discapacitadas como adultos inteligentes y maduros.

- Prevenir complicaciones. Reconocer riesgos potenciales (p. ej., ruptura de la piel, aislamiento social y depresión) y prevenirlos activamente.
- Demostrar esperanza, optimismo y sentido del humor. Es difícil para las personas discapacitadas tener sentimientos positivos acerca de la rehabilitación si sus cuidadores están desalentados o desinteresados.
- Tener presente que la rehabilitación es un proceso muy individualizado, que requiere un esfuerzo de equipo interdisciplinar para producir resultados óptimos.

VALORACIÓN FUNCIONAL

Cuando una persona sufre una discapacidad, el estado funcional, más que el diagnóstico, es el que dirige los cuidados de rehabilitación. En los individuos mayores, el estado funcional varía ampliamente. Algunos permanecen activos en su trabajo y realizan servicio social voluntario con regularidad, otros son capaces de llevar a cabo actividades de la vida diaria (AVD) si se les proporciona alguna asistencia, y una parte de ellos están tan afectados que requieren cuidados totales. Además, el estado funcional puede cambiar en el mismo individuo con el tiempo, con base en factores tales como control de síntomas, avance de la enfermedad y estado de ánimo.

Para valorar el estado funcional se determina el nivel de independencia del individuo para realizar AVD y actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD). Esta información es esencial para comprender las necesidades de rehabilitación del paciente. La valoración de las AVD explora las habilidades que el paciente posee para satisfacer requerimientos básicos como comer, lavarse, vestirse, usar el inodoro y moverse. La enfermera puede usar un instrumento de valoración como el Katz Index of Independence in ADLs. Algunos de tales instrumentos, como la Cleveland Scale for Activities of Daily Living se desarrollaron para valorar las AVD en personas con deterioro cognitivo y pueden ayudar a revelar el impacto que los déficits cognitivos han tenido en el funcionamiento (Mack y Patterson, 2006). La valoración de las AIVD examina las habilidades más allá de las básicas que facultan al individuo para funcionar de modo independiente en la comunidad, como la habilidad para cocinar, ir de compras, usar el teléfono, usar medicamentos de manera segura, hacer limpieza, viajar en la comunidad y manejar la economía doméstica. Las personas pueden ser totalmente independientes, parcialmente independientes o dependientes en su capacidad para realizar esas actividades (tabla 35-2).

CONCEPTO CLAVE

Valorar el estado funcional de una persona implica evaluar su capacidad para realizar tanto AVD como AIVD.

Cuando existe un déficit de capacidad para realizar AVD, debe identificarse la

causa subyacente, de modo que puedan planearse las intervenciones apropiadas. Por ejemplo, una persona con dependencia parcial para el baño porque necesita que le acerquen un recipiente con agua tendrá diferentes requerimientos de ayuda que otro que olvida qué está haciendo cuando se baña y necesita que le recuerden la siguiente acción a realizar.

INTERVENCIONES PARA FACILITAR Y MEJORAR LA FUNCIONALIDAD

Cuando la valoración funcional revela discapacidades y deficiencias, las enfermeras deben identificar áreas de funcionamiento que podrían mejorarse mediante intervenciones. Algunos ejemplos de estas intervenciones son cambio de postura, ejercicios de rango de movimiento, uso de accesorios para la movilidad, reeducación intestinal y vesical, y actividades para promover el funcionamiento mental.

Tabla 35-2 Valoración de la capacidad para realizar actividades de la vida diaria

Independencia total	Independencia parcial	Dependencia
Alimentación		
Usa todos los utensilios	Necesita que se le disponga una bandeja	Necesita ser alimentado
Corta las carnes	No puede cortar los alimentos ni untar mantequilla al pan	
Unta mantequilla al pan	Necesita aliento, recordatorios para que coma	
Bebe de taza o vaso		
Higiene		
Se transfiere hacia o desde la bañera o la ducha	Alcanza algunas partes corporales para asearlas	Necesita asistencia completa para bañarse
Alcanza todas las partes corporales y las asea	Incapaz para cepillar dientes o dentaduras	
Cepilla dientes o dentaduras	Incapaz para girar las llaves o desaguar el inodoro	
Cepilla o peina el cabello	Necesita ayuda para transferirse hacia o desde la bañera o la ducha	
Se limpia después de usar el inodoro	Necesita ayuda para peinar o cepillar el cabello	
Gira las llaves, desagua el inodoro	Debe acercársele un recipiente con agua	
	Necesita recordatorios, estímulo para bañarse	
Vestido		
Selecciona prendas apropiadas	Necesita ayuda con algunas prendas, cremalleras, botones, cierres	Debe vestírsele por completo
Se pone toda la ropa	Incapaz para seleccionar prendas apropiadas	
Se pone zapatos, medias, calcetines	Necesita estímulo, recordatorios para vestirse	
Se ata los cordones		
Capaz de manipular cremalleras, botones, cierres		
Continencia		
Continente de vejiga e intestino	Incontinente menos de una vez al día	Totalmente incontinente
Uso del inodoro		
Usa el sillón-orinal o el inodoro sin ayuda	Necesita ser llevado al inodoro o que le lleven o acerquen un sillón-orinal	Necesita asistencia para usar el váter o el orinal
Capaz para alcanzar el sillón-orinal o de desplazarse hacia y desde el inodoro	Necesita aliento o recordatorios para ir al inodoro	Incapaz para usar el váter o el orinal
Maneja de manera independiente la ostomía o la sonda	Necesita asistencia para el cuidado de la ostomía o la sonda	Incapaz para realizar los cuidados de la ostomía o la sonda
Movilidad		
Deambula sin ayuda	Deambula con ayuda	Postrado en cama
Cambia de dirección en las esquinas	Sube escaleras con ayuda	Necesita que alguien empuje la silla de ruedas
Sube escaleras	Se transfiere con ayuda	Incapaz para desplazarse
Se sienta o levanta en la silla y la cama	Se impulsa en la silla de ruedas pero necesita ayuda para sentarse y levantarse	Incapaz para subir escaleras
Usa silla de ruedas, bastón, andador sin ayuda	Camina en un área limitada	No camina sin ayuda si no se le supervisa

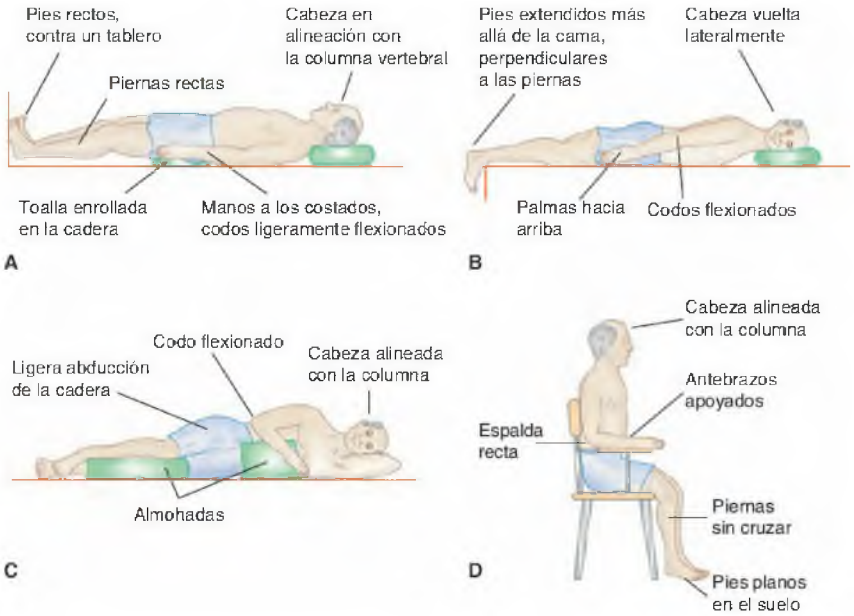


FIGURA 35-1 ■ **A.** Decúbito supino. **B.** Decúbito prono. **C.** Decúbito lateral. **D.** Posición sedente.

Facilitación de la postura correcta

La alineación corporal correcta facilita tanto la respiración y la circulación óptimas como el confort, y previene complicaciones como contracturas y úlceras por presión. Cuando los pacientes son incapaces de controlar la posición del cuerpo de manera independiente, las enfermeras deben estar atentas para mantener la alineación corporal apropiada. En la figura 35-1 se demuestra la alineación correcta en distintas posiciones.

CONCEPTO CLAVE

La alineación corporal correcta facilita el funcionamiento óptimo de los principales aparatos y sistemas, promueve el confort y previene complicaciones.

Ayuda con los ejercicios de rango de movimiento

El ejercicio es un componente esencial del plan de mantenimiento y promoción de la salud de cada adulto y reviste especial importancia para los mayores. Los ejercicios de rango de movimiento tienen muchos beneficios, como promover el movimiento articular y el fortalecimiento de los músculos, estimular la circulación, mantener la capacidad funcional y prevenir contracturas y otras complicaciones. Enseñar al adulto mayor a realizar ejercicios de rango de movimiento o ayudarlo a realizarlos es un componente importante de los cuidados enfermeros en rehabilitación.

Los ejercicios pueden realizarse en los siguientes grados:

- Activo: de manera independiente por los pacientes.
- Activo asistido: con ayuda.
- Pasivo: sin participación activa del paciente.

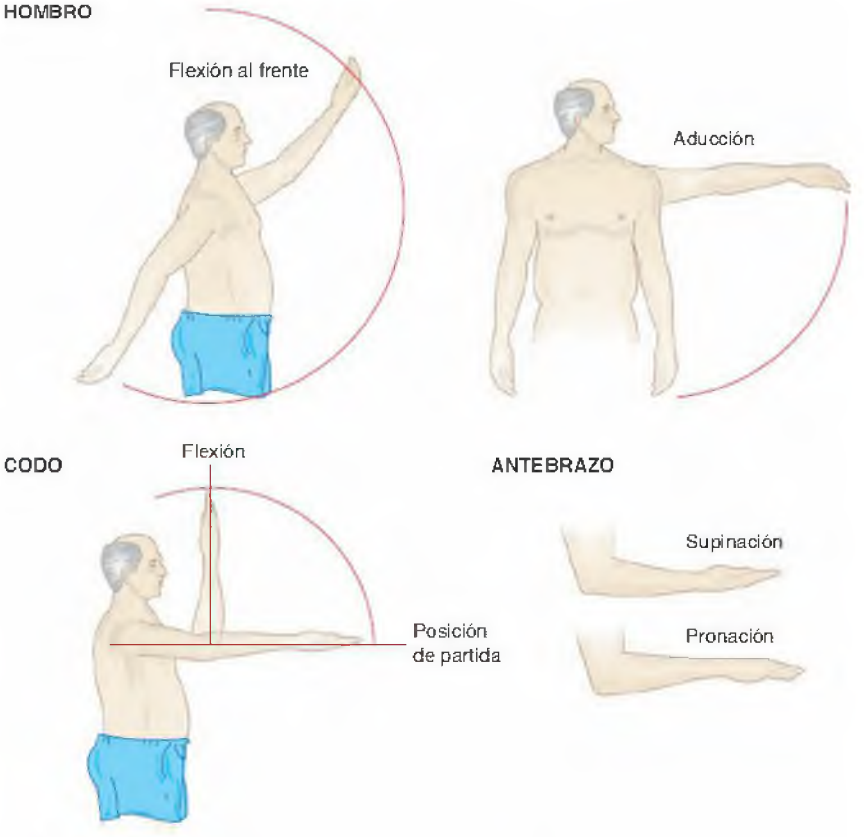
Durante la valoración, todas las articulaciones deben desplazarse en el rango de movimiento completo para determinar el grado de movimiento activo, activo asistido y pasivo posible. La principal preocupación es el grado en que la extensión de movimiento es suficiente para participar en las AVD. En el recuadro 35-1 se presentan algunos términos que se utilizan para describir el movimiento articular.

Debe alentarse a los pacientes a que desplacen todas las articulaciones la totalidad del arco de movimiento al menos una vez al día. En la figura 35-2 se demuestran los ejercicios de rango de movimiento básicos que deben incorporarse en las actividades diarias de los mayores. Cuando las enfermeras deban ayudar a los pacientes con estos ejercicios, han de recordar los siguientes puntos:

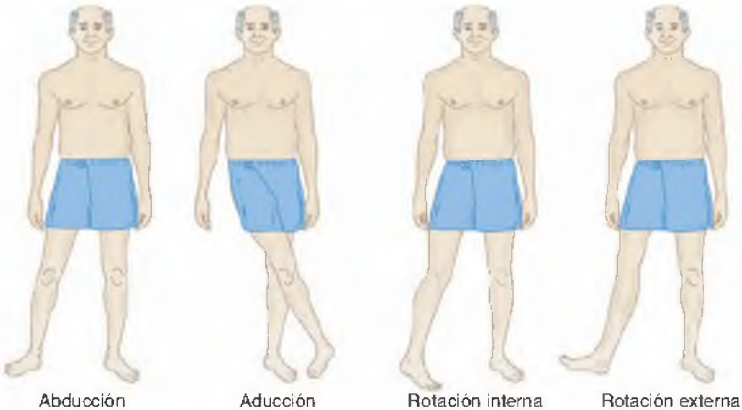
- Primero, ofrecer apoyo abajo y arriba de la articulación que se ejercita.

RECUADRO 35-1 Términos usados para describir el movimiento articular

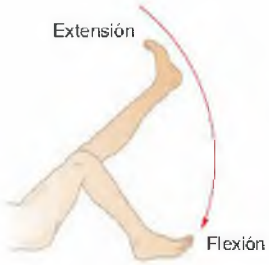
Flexión: doblar.
Extensión: estiramiento.
Hiperextensión: extensión más allá del alcance normal.
Abducción: alejamiento respecto al cuerpo.
Aducción: acercamiento al cuerpo.
Pronación: rotación hacia abajo, hacia la parte posterior del cuerpo.
Supinación: rotación hacia arriba, hacia el frente del cuerpo.
Rotación interna: giro de una extremidad hacia dentro, hacia el centro.
Rotación externa: giro de una extremidad hacia fuera, desde el centro.
Inversión: giro de una articulación hacia dentro.
Eversión: giro de una articulación hacia fuera.
Circunducción: movimiento circular.


HOMBRO
Flexión al frente
Aducción
CODO
Flexión
Posición
de partida
ANTEBRAZO
Supinación
Pronación
MUÑECA
Dorsiflexión
Flexión palmar
Desviación radial
Desviación cubital

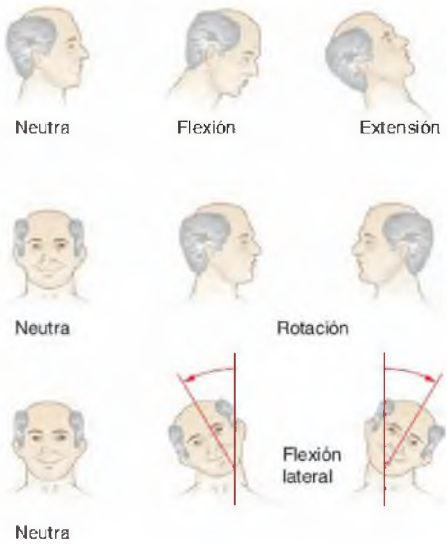
CADERA



RODILLA



COLUMNA CERVICAL



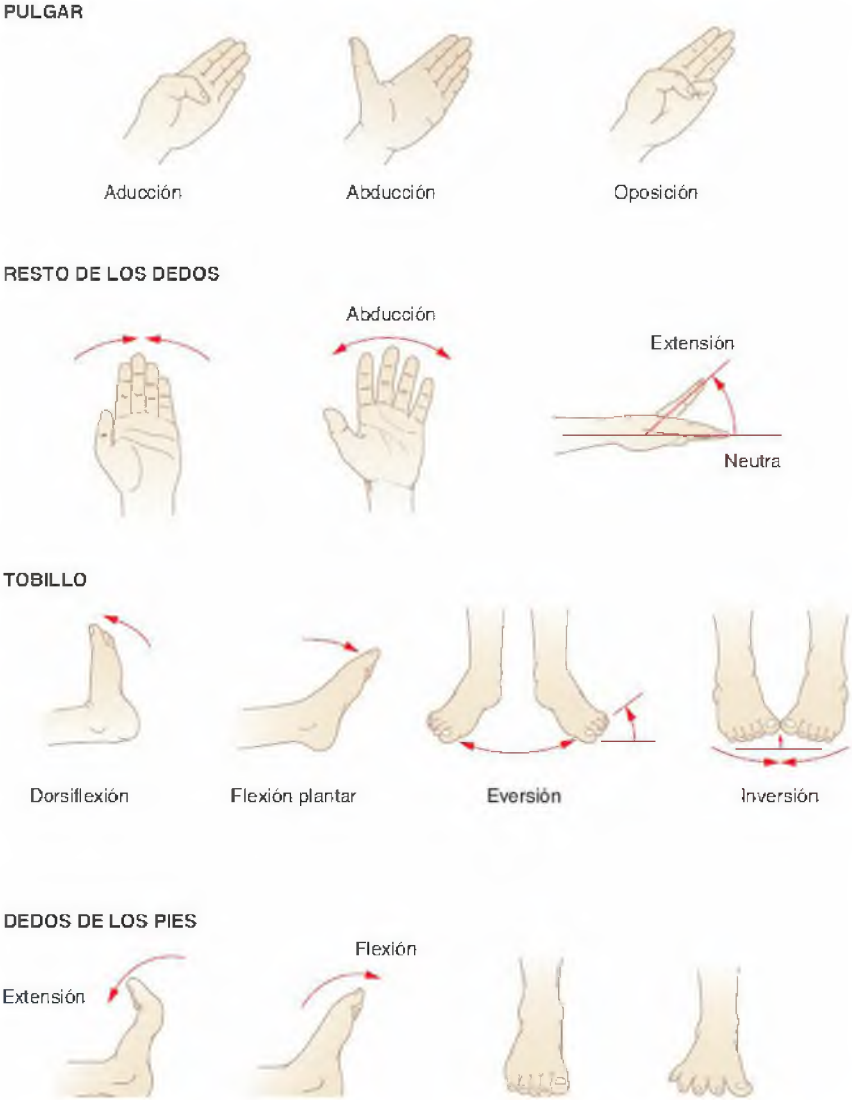


FIGURA 35-2 ■ Ejercicios de rango de movimiento.

- A continuación, mover la articulación de manera suave y continua, y repetir al menos tres veces.
- En tercer lugar, no forzar la articulación más allá del punto de resistencia o dolor.
- Por último, documentar la movilidad articular.

En la tabla 35-3 se presenta un instrumento que puede usarse para documentar el rango de movimiento del paciente.

Con cualquier programa de ejercicio debe tenerse precaución de asegurar que la actividad física no constituya un esfuerzo excesivo para el paciente mayor. Algunos de los signos que ameritarían suspender el ejercicio son:

- Frecuencia cardíaca en reposo de 100 lpm o más.
- Frecuencia cardíaca en el ejercicio 35% o más por encima del valor en reposo.
- Aumento o descenso de la presión arterial sistólica de 20 mmHg.
- Angina.
- Disnea, palidez, cianosis.
- Mareo, incoordinación.
- Diaforesis.
- Confusión aguda, inquietud.

Tabla 35-3 Instrumento para valorar y documentar el rango de movimiento

Articulación	Rango normal	Rango del paciente
Hombro	Flexión 160°	
	Extensión 50°	
Codo	Flexión 160°	
	Extensión de 160° a 0°	
Muñeca	Flexión 90°	
	Extension 70°	
	Abducción 55°	
	Aducción 20°	
Cadera	Flexión (rodilla doblada) 120°	
	Flexión (rodilla recta) 90°	
	Abducción 45°	
	Aducción 45°	
Rodilla	Flexión 120°	
Cuello	Extensión 55°	
	Flexión 45°	
	Flexión lateral 40°	
	Rotación 70°	
Tobillo	Dorsiflexión 20°	
	Flexión plantar 45°	
	Inversión 30°	
	Eversión 20°	
Dedo gordo	Falange distal:	
	Flexión 50°	
	Falange proximal:	
	Flexión 35°	
	Extensión 80°	
Dedo, mano	Falange proximal:	
	Flexión 90°	
	Extensión 30°	
	Falange media:	
	Flexión 120°	
	Falange distal:	
	Flexión 80°	
Pulgar	Falange proximal:	
	Flexión 70°	
	Falange distal:	
	Flexión 90°	

Tomada de Eliopoulos, C. (1991). Range of motion exercises. *Long-Term Care Educator, 2*(9), 3.

Uso de accesorios para la movilidad y tecnología auxiliar

En las personas mayores las sillas de ruedas, bastones y andadores pueden establecer la diferencia entre vivir una vida plena o estar confinado al entorno inmediato. Los accesorios para la movilidad ayudan a muchos pacientes a satisfacer sus necesidades universales de manera independiente y favorecen la capacidad funcional. Sin embargo, su uso incorrecto plantea riesgos graves para la seguridad; por tanto, las enfermeras deben asegurarse de que cada equipo se emplee de manera apropiada.

CONCEPTO CLAVE

El uso inapropiado de bastones, andadores y sillas de ruedas puede someter a la persona mayor a caídas y lesiones.

El primer principio para el uso de accesorios para la movilidad es utilizarlos sólo si son necesarios. Recurrir a una silla de ruedas sólo porque así es más fácil o rápido el desplazamiento del paciente puede ocasionar dependencia innecesaria y declinación de la capacidad funcional. Debe evaluarse la necesidad real del auxiliar. Si se concluye que es necesario, debe seleccionarse de forma individual conforme a los siguientes criterios:

- El objetivo de los bastones es proporcionar una base de soporte más amplia y no deben emplearse para soportar peso.
- Los andadores proporcionan una base de soporte más amplia que los bastones y pueden usarse para soportar peso.
- Las sillas de ruedas dan movilidad a las personas imposibilitadas para deambular a causa de diversas discapacidades, como parálisis o cardiopatía grave.

Estos accesorios se ajustan de manera individual con base en talla, necesidad y capacidades del paciente. Éste debe recibir instrucción completa sobre el uso apropiado. Los fisioterapeutas son excelentes recursos para ajustar bastones, andadores o sillas de ruedas e instruir a los pacientes en su uso. En el recuadro 35-2 se explican algunas de las consideraciones implicadas en el empleo de estos materiales.

Además de accesorios para ayudar a los individuos a la deambulación independiente, existe una cantidad creciente de tecnologías auxiliares que promueven otros aspectos de la independencia. Incluyen férulas, pinzas, sujetadores de velcro, ordenadores, sintetizadores de voz, lectores de Braille, dispositivos de control remoto y brazos robóticos. Se están realizando investigaciones y pruebas del uso generalizado de inteligencia artificial, robots y otras tecnologías para compensar limitaciones físicas y mentales. Estos dispositivos no sólo permitirán a los mayores cuidarse por sí mismos y funcionar dentro de la comunidad, sino que además les darán la oportunidad de permanecer en el mercado de trabajo a pesar de su discapacidad. Las enfermeras deben mantenerse actualizadas acerca de los avances tecnológicos para comprenderlos y utilizarlos a fin de fomentar el funcionamiento

independiente.

RECUADRO 35-2 Uso correcto de accesorios para la movilidad

BASTONES

Según la discapacidad, pueden recomendarse diversos bastones. Éstos deben ajustarse de manera individual, generalmente tomando como base la distancia desde el trocánter mayor hasta un punto en el suelo a 15 cm del lado del pie de la persona.

Bastón ajustable con mango estándar | Bastón cuadrípode con base amplia | Bastón cuadrípode con base alta | Bastón cuadrípode con base pequeña

El bastón se usa en el lado *no afectado* del cuerpo y se adelanta cuando se hace avanzar la pierna afectada. Por ejemplo, si está afectada la pierna derecha, la persona sostiene el bastón en su mano izquierda y lo adelanta con el avance de la pierna derecha.

ANDADORES

Una variedad de andadores dan soporte y estabilidad durante la ambulación. Se ajustan con base en la distancia del trocánter del paciente hasta el suelo.

Andador estándar | Andador con ruedas | Andador-bastón | Andador con apoyo para los brazos

La persona debe colocar las manos en los lados del andador, con los codos ligeramente flexionados. Durante la ambulación, la persona hace avanzar el andador y luego da el paso.

Persona detenida con andador | Se hace avanzar el andador | La persona da el paso hacia el andador

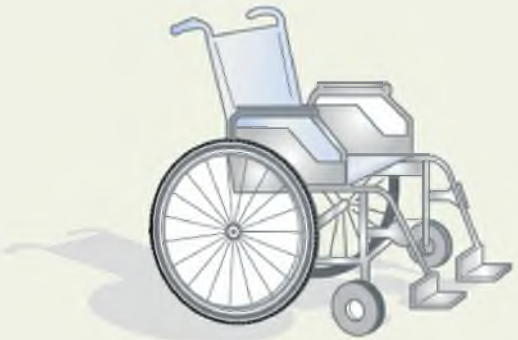
También es necesario ajustarse al uso apropiado durante las actividades de transferencia. Para sentarse, la persona debe hacer retroceder el andador hasta el asiento. Para levantarse, las manos de la persona deben estar en los brazos de la silla. La persona se impulsa contra los brazos de la silla para incorporarse; no debe tirar del andador para levantarse.

Para sentarse desde el andador | Para levantarse del asiento

SILLAS DE RUEDAS

Una silla de ruedas debe ajustarse de manera individual. El asiento tiene que ser ligeramente mayor que la anchura de la persona para prevenir presión y fricción.

Las ruedas han de ser accesibles para el largo de los brazos de la persona y los soportes para los pies deben ajustarse de modo que reposen en posición plana. Los descansabrazos móviles o plegables facilitan la transferencia.



En las sillas de ruedas deben revisarse de manera rutinaria el giro libre de las ruedas, el funcionamiento de los frenos y la ausencia de muescas en los bordes, los desgarros en la tapicería y las piezas rotas o ausentes.

Reeducación para la eliminación

La eliminación intestinal y la vesical son AVD importantes. La incontinencia tiene un profundo impacto en la salud general y el bienestar de la persona. Pueden producirse rupturas en la piel a causa de la humedad e irritación a las que está expuesta. Es posible que orina y heces en el suelo ocasionen caídas. La ropa sucia y maloliente puede causar vergüenza y aislamiento social. Es factible que aparezcan infecciones, fracturas, depresión, trastorno del autoconcepto, anorexia y otros problemas a causa del control deficiente de vejiga e intestino.

Ayudar a los mayores con incontinencia en la reeducación para la excreción intestinal y vesical con frecuencia les permite mejorar la continencia. Sin embargo, la enfermera debe evaluar la capacidad física y mental del paciente para lograr la continencia antes de iniciar un programa de reeducación. Tal vez algunos pacientes no tengan la capacidad funcional para controlar la eliminación pese a las buenas intenciones; iniciar un programa de reeducación con ellos sería poco realista y frustrante. Si el paciente tiene la capacidad de continencia, el trabajo debe comenzar cuanto antes. En los Planes de cuidados enfermeros 21-2 y 22-1 se presenta información sobre programas de reeducación intestinal y vesical. La consistencia es un factor crucial en tales programas; los avances del turno de la mañana para mantener continente a la persona se pierden si los turnos de tarde y noche no la llevan al inodoro con los intervalos apropiados. El éxito debe reconocerse y elogiarse; los pacientes no deben ser amonestados por sufrir accidentes, sino que es necesario discutir con ellos las causas de los episodios de incontinencia. Alentarlos a usar ropa de calle promueve una autoimagen positiva y la normalidad, y a menudo desalienta la regresión. La documentación exacta ayuda a determinar la eficacia del plan.

CONCEPTO CLAVE

Consistencia y apego al programa de uso del inodoro por parte de todos los cuidadores en todos los turnos es esencial para los programas de reeducación vesical e intestinal.

Mantenimiento y promoción del funcionamiento mental

Promover el funcionamiento físico es sólo un aspecto de la rehabilitación. Igual de importantes son los esfuerzos por restaurar, mantener y promover el funcionamiento mental. En entornos institucionales en los que el contacto que los pacientes tienen con el personal gira principalmente alrededor de temas relacionados con la enfermedad, o en los propios hogares de los pacientes, donde tal vez sufran aislamiento social, es probable que, lamentablemente, carezcan de estimulación mental. Como en cualquier otro ámbito del ser humano, el funcionamiento mental puede deteriorarse si no se ejercita; por ello, todos los esfuerzos de rehabilitación deben incluir la promoción de actividad mental.

La estimulación mental es un proceso altamente individualizado, basado en el nivel intelectual y educativo del paciente. Algunas personas disfrutan de leer los clásicos; otras apenas se interesan en leer el diario local. Algunos renacen con los grandes eventos sociales, mientras que otros podrían pasar días a solas resolviendo un crucigrama. Hay individuos que mantienen una gran cantidad de contactos en las redes sociales, pero otros tienen problemas para usar el teléfono. Existen, en fin, quienes hacen que las cosas pasen; otros obtienen placer de verlas pasar. Esta diversidad, presente en todos los grupos de edad, refuerza la necesidad de adaptar las actividades mentales a los intereses y capacidades específicos del individuo. Los pacientes pueden participar en una amplia gama de actividades intelectuales, recreativas y sociales.

CONCEPTO CLAVE

Como otros adultos, los individuos mayores presentan variación en las actividades que estimulan su intelecto y les causan placer.

Reminiscencia

La reminiscencia es una actividad terapéutica que estimula la mente. Desde que Butler y Lewis describieron por primera vez la reminiscencia o revisión de la vida (Butler y Lewis, 1982), los estudios han apoyado el valor de este proceso como un medio para validar la existencia, resolver conflictos pasados y encontrar significado al resto de la vida (Hsieh y Wang, 2003).

Las enfermeras pueden guiar a los pacientes en su reminiscencia en sesiones individuales o de grupo (*v.* también el abordaje que se hace de la revisión de la vida en el cap. 4). A menudo, los pacientes pueden proponer temas importantes para la reminiscencia. Por ejemplo, un paciente podría comentar: «En la actualidad los jóvenes tienen las cosas mucho más fáciles de lo que me tocó a mí», lo que permitiría

a la enfermera explorar la juventud del paciente y sus sentimientos acerca de ese período de su vida. Saber algo de la historia personal del paciente puede ayudar a las enfermeras a encontrar temas relevantes para la reminiscencia, como su inmigración al país, la creación de un negocio o sus esfuerzos por ayudar a la nación durante la guerra. Es posible seleccionar temas para la reminiscencia en grupo, que incluyan tocar discos antiguos y preguntar a los participantes cómo eran sus vidas cuando se oía esa música, mostrar viejas fotografías y pedir a las personas que comenten los recuer dos que les vienen a la memoria o que describan los episodios importantes de la historia que les tocó atestiguar. Quizá la más importante habilidad que las enfermeras deben usar en las actividades de reminiscencia sea la de escuchar.

Se pide al paciente que discuta el tema; pueden hacerse preguntas y comentarios para alentar una mayor exploración. Si el paciente comienza a divagar sin sentido, puede redirigírsele al tema diciéndole: «Sí, usted ha mencionado eso antes... Puedo ver que es importante para usted. Ahora dígame qué pasó después.»

Orientación en la realidad

Los pacientes con pérdida de la memoria, confusión o desorientación de moderadas a graves requieren esfuerzos terapéuticos para mantenerlos mentalmente integrados con el mundo que los rodea. Para estos pacientes, la orientación en la realidad es un instrumento eficaz. Más que una simple revisión de día, fecha, tiempo meteorológico y próximo día festivo, la orientación en la realidad es un enfoque total para mantener al paciente orientado. Cada contacto enfermera-paciente puede fomentar la orientación. Por ejemplo, al administrar fármacos, la enfermera puede decir: «Hola, Sr. Ramírez. Soy la enfermera Jordán con su medicina. ¿Cómo está usted este martes soleado? Hace mucho calor para ser el 10 de marzo, no le parece?». Este simple intercambio no añade tiempo al acto de administrar los medicamentos y sí proporciona valiosa orientación. Las ideas y percepciones erróneas del paciente deben aclararse con términos simples, por ejemplo: «No, su hijo no lo visitará hoy. Él viene los domingos y hoy es miércoles.» Amonestar al paciente por no recordar o manifestarle frustración no tiene valor terapéutico. Relojes, calendarios, decoraciones relativas a las festividades y tableros de actualidad fomentan las interacciones con el personal, pero no las sustituyen. La consistencia es crucial para promover la orientación; no tiene sentido que el turno de la mañana refuerce en el paciente el hecho de que está en una residencia para adultos mayores si el turno de la tarde concuerda con el cuando afirma que está en la granja de su abuelo.

Uso de recursos de la comunidad

Cada comunidad tiene sus recursos específicos para personas con necesidades de rehabilitación; tales recursos proporcionan educación, apoyo y diversas formas de asistencia para el discapacitado y sus cuidadores. Trabajadores sociales, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, terapeutas del habla y la audición, y consejeros de rehabilitación y vocacionales están entre los profesionales que pueden ofrecer ayuda para localizar recursos apropiados. Bibliotecas, departamentos de salud y servicios de información y referencia locales para personas mayores también pueden brindar valiosa asistencia.

LLEVANDO LA INVESTIGACIÓN A LA VIDA

MEJORA DEL EQUILIBRIO Y LA MOVILIDAD FUNCIONALES EN PERSONAS QUE VIVEN EN RESIDENCIAS PARA ENFERMOS CRÓNICOS

Nitz, J. C., & Josephson, D. L. (2011). Journal of Gerontological Nursing, 32(2), 106–113.

Existen evidencias de que los programas de ejercicio y el adiestramiento para el equilibrio pueden incidir en la movilidad funcional. La estabilidad postural y el equilibrio dependen de que los sistemas sensitivo y motor estén intactos, y el funcionamiento de estos sistemas puede influir en la capacidad de los mayores para participar en programas de adiestramiento en estrategias de equilibrio (PAEE) y beneficiarse de ellos. Aunque se ha demostrado que esos programas reducen las caídas de personas mayores que viven en la comunidad, no existían estudios respecto a su eficacia en usuarios de residencias para enfermos crónicos. En este estudio prospectivo, los fisioterapeutas invitaron a algunos de esos usuarios a participar en un PAEE. Para ingresar, los usuarios debían ser capaces de caminar con un auxiliar y comprender instrucciones simples. Las actividades del PAEE consistían en diversos ejercicios, como patear una pelota de playa, lanzar saquitos de semillas, sentarse y levantarse, realizar movimientos de los brazos y respirar hondo. El programa duró 12 semanas, tiempo durante el cual se evaluó el desempeño de los usuarios; la evaluación continuó por otras 12 semanas después. Se demostró que el programa tuvo éxito para mejorar la movilidad funcional y el equilibrio, lo cual puede reducir el riesgo de caídas.

Sabiendo que el riesgo de caídas es en extremo elevado en la población mayor, las enfermeras geriátricas deben ser proactivas en cuanto a estrategias de prevención de las mismas. Los ejercicios básicos susceptibles de realizarse en cualquier ambiente pueden ser valiosos para mejorar la movilidad y el equilibrio, y deben considerarse para cada individuo mayor. Este estudio demuestra que los usuarios de residencias para adultos mayores y de residencias asistidas también pueden beneficiarse de programas de rehabilitación básicos con el potencial de reducir el riesgo de caídas y mejorar el funcionamiento físico. Incluso para residentes que no reciben servicios de rehabilitación, el funcionamiento puede mantenerse y mejorarse estableciendo programas de adiestramiento en estrategias de equilibrio y actividades similares.

REALIDADES PRÁCTICAS

El Sr. Barros, de 69 años de edad, sufrió una amputación abajo de la rodilla hace algunas semanas, y esta semana comenzó a recibir instrucción sobre el uso de su prótesis. Ha hecho algunos progresos, pero aún tiene dificultad para las

transferencias. El Sr. Barros da la impresión de ser un tipo duro que tiene todo bajo control, pero una enfermera lo ha observado a veces con aspecto asustado y deprimido cuando es incapaz de desplazarse sin tropezar con su nueva prótesis.

En la reunión del equipo del viernes, el trabajador social informa que la compañía de seguros del Sr. Barros no cubrirá la rehabilitación intrahospitalaria a partir del martes. La tarde del sábado el médico visita al Sr. Barros y le pregunta si quiere ir a casa. El Sr. Barros responde que sí y el doctor redacta la orden para el alta ese día.

La enfermera sabe que el Sr. Barros vive solo en una casa de dos niveles en la ciudad. Se han hecho los arreglos para que un fisioterapeuta de una agencia de salud domiciliaria lo visite el lunes. A ella le preocupa cómo se las arreglará el Sr. Barros el fin de semana.

¿Qué podría hacerse para asistir al paciente hasta la visita de la agencia de salud domiciliaria?

EJERCICIOS DE PENSAMIENTO CRÍTICO

1. Discutir la manera en que una discapacidad puede afectar el cuerpo, la mente y el espíritu de una persona.
2. Considerar el modo en que la rutina habitual se vería alterada si se tuviera una discapacidad. ¿Qué recursos podrían usarse?
3. Describir la manera en que los prejuicios y las actitudes mal informadas acerca de las discapacidades pueden afectar a las personas discapacitadas.
4. Identificar recursos para ayudar a personas de la comunidad que tengan afasia, ceguera, amputación bilateral y alcoholismo.

RECURSOS

Amputaciones
National Amputation Foundation
http://www.nationalamputation.org
Artritis
Arthritis Foundation
http://www.arthritis.org
Discapacidad general y rehabilitación
Disabled American Veterans
http://www.dav.org
Federal Government Disability Information
http://www.DisabilityInfo.gov
National Rehabilitation Information Center
http://www.naric.com
Paralyzed Veterans of America
http://www.pva.org
Sister Kenny Rehabilitation Institute
http://www.allina.com/ahs/ski.nsf
Lesiones cefálicas

National Head Injury Foundation
http://www-nmcp.med.navy.mil/Neurology/dzchi.asp
The Brain Injury Association Inc.
http://www.biausa.org

Deterioros auditivos

Dogs for the Deaf
http://www.dogsforthedeaf.org
Independent Living Aids
http://www.independentliving.com
National Institute of Neurological and Communicative Disorders
http://www.nidcd.nih.gov
National Association for the Deaf
http://www.nad.org
Self-Help for Hard of Hearing People
http://www.shhh.org

Enfermedades neurológicas

American Parkinson's Disease Association
http://www.apdaparkinson.org
Epilepsy Foundation of America
http://www.epilepsyfoundation.org
Myasthenia Gravis Foundation
http://www.mysathenia.org
National Huntington's Disease Association
http://www.hdsa.org
National Multiple Sclerosis Society
http://www.nmss.org
National Stroke Association
http://www.stroke.org

Ostomías

United Ostomy Association
http://www.uoa.org

Trastornos de la médula espinal

National Spinal Cord Injury Foundation
http://www.spinalcord.org
Paralyzed Veterans of America
http://www.pva.org

Deterioros visuales

American Foundation for the Blind
http://www.afb.org
Blinded Veterans Association
http://www.bva.org
Guide Dogs for the Blind
http://www.guidedogs.com
Guiding Eyes for the Blind
http://www.guiding-eyes.org
Leader Dogs for the Blind
http://www.leaderdog.org
National Association for the Visually Handicapped
http://www.navh.org

National Braille Association
http://www.members.aol.com/nbaoffice
National Eye Institute
http://www.nei.nih.gov
National Library Service for the Blind and Physically Handicapped
http://www.loc.gov/nls
Recordings for the Blind
http://www.rfbd.org

REFERENCIAS

Butler, R. N., & Lewis, M. I. (1982). *Aging and mental health* (p. 58). St. Louis: Mosby.

Di Iorio, A., Abate, M., DiRenzo, D., Russolillo, A., Battaglini, C., Ripari, P., Abate, G., et al. (2006). Sarcopenia: Age-related skeletal muscle changes from determinants to physical disability. *International Journal of Immunopathology and Pharmacology, 19*(4), 703–719. Review.

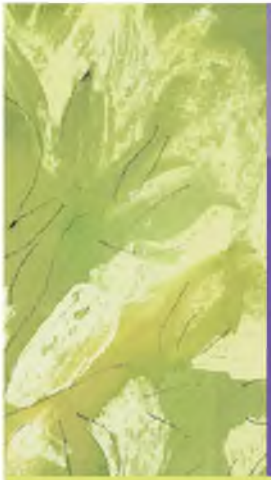
Fried, L. P., Tangen, C. M., Walston, J., Newman, A. B., Hirsch, C., Gottdiener, J., McBurnie MA, et al.; Cardiovascular Health Study Collaborative Research Group. (2001). Frailty of older adults: Evidence for a phenotype. *Journals of Gerontology: Biological Sciences and Medical Sciences, 56A*(3), M146–M156.

Hsieh, H. F., & Wang, J. J. (2003). Effect of reminiscence therapy on depression in older adults: A systematic review. *International Journal of Nursing Studies, 40*(4), 335–345.

Mack, J. L., & Patterson, M. B. (2006). An empirical basis for domains in the analysis of dependency in the activities of daily living (ADL): results of a confirmatory factor analysis of the Cleveland Scale for Activities of Daily Living (CSALD). *Clinical Neuropsychologist. 20*, 662–667.

LECTURAS RECOMENDADAS

Las lecturas recomendadas relacionadas con este capítulo pueden encontrarse en el sitio web que acompaña al libro. Visítese **http://thepoint.lww.com/espanol-Eliopoulos8e** para acceder a las lecturas recomendadas y otros recursos adicionales vinculados con este capítulo.



CAPÍTULO 36

Atención a pacientes con enfermedades agudas

RESUMEN DEL CAPÍTULO

Riesgos relacionados con la hospitalización de adultos mayores

Atención a pacientes quirúrgicos

Riesgos especiales en personas mayores.

Consideraciones para la atención preoperatoria.

Consideraciones para la atención operatoria y postoperatoria.

Atención de urgencia

Infecciones

Planificación del alta de los pacientes mayores

Los hospitales para enfermedades agudas tienen un cometido importante en la atención geriátrica. Los mayores presentan una frecuencia de hospitalización más elevada y estancias hospitalarias más largas que otros grupos de edad (Centers for Disease Control and Prevention, 2012). Además, las personas mayores son grandes consumidores de servicios hospitalarios ambulatorios. Muchos cambios relacionados con la edad incrementan el riesgo de lesiones e infecciones, y pueden causar complicaciones en trastornos crónicos que son comunes en esa población. Por otro lado, la tecnología ha abierto la puerta a nuevos procedimientos diagnósticos, permitido la reparación y el reemplazo de órganos disfuncionales, y hecho posibles nuevas opciones terapéuticas. Los entornos de atención de pacientes agudos son

definitivamente parte de la atención geriátrica y las enfermeras de estos campos deben estar familiarizadas con las necesidades de atención específicas de los adultos mayores.

OBJETIVOS DE APRENDIZAJE

Después de estudiar este capítulo, el lector será capaz de:

1. Enumerar medidas para minimizar los riesgos que afrontan las personas mayores con enfermedad aguda.
2. Describir riesgos y precauciones para pacientes mayores sometidos a cirugía.
3. Reconocer urgencias geriátricas habituales e intervenciones enfermeras relacionadas.
4. Identificar medidas para reducir el riesgo de infección en mayores.
5. Discutir la importancia de la planificación temprana del alta de adultos mayores hospitalizados.
6. Describir factores que influyen en los resultados posteriores al alta en mayores.

CONCEPTOS BÁSICOS

Complicaciones yatrógenas: complicaciones causadas de manera inadvertida por el personal de salud o por tratamientos o intervenciones médicos.

Infecciones nosocomiales: infecciones adquiridas en el hospital.

RIESGOS RELACIONADOS CON LA HOSPITALIZACIÓN DE ADULTOS MAYORES

Muchas personas mayores que han vivido de manera independiente en sus hogares antes de una hospitalización son dadas de alta con el mismo nivel de funcionalidad, pero en algunas circunstancias es necesario trasladarlos a una residencia para adultos mayores. La declinación de su estado a veces puede atribuirse a los efectos de la edad en relación con su capacidad para soportar el estrés de un trastorno agudo; sin embargo, durante la hospitalización los individuos mayores presentan un alto riesgo de sufrir infecciones nosocomiales (infecciones adquiridas en el hospital) y complicaciones yatrógenas (complicaciones causadas de manera inadvertida por el personal de salud o por tratamientos o intervenciones médicos). Entre los ejemplos de complicaciones más frecuentes se identifican: delirio, caídas, úlceras por presión, deshidratación, incontinencia, estreñimiento y pérdida de la independencia funcional (tabla 36-1).

TABLA 36-1 Riesgos potenciales para las personas mayores durante la hospitalización

Riesgo	Factores contribuyentes/causales
Delirio	Nuevo ambiente
	Deprivación sensorial
	Gafas audífonos inaccesibles
	Alteración cognitiva o del nivel de consciencia
	Estimulación excesiva
	Reacciones medicamentosas
	Alteración fisiológica
Caídas	Mareo
	Hipotensión ortostática
	Debilidad, fatiga
	Ambiente extraño
	Alteración cognitiva o del nivel de consciencia
	Presencia de equipo, suministros
	Restricciones químicas o físicas
	Falta de colocación de los barandales de la cama
	Efectos de fármacos
	Falta de asistencia

Úlceras por presión	Cambios cutáneos relacionados con la edad
	Inmovilización
	Fuerzas cizallantes
	Sedación
	Dolor
	Debilidad
	Trastorno debilitante
	Falta de asistencia
Deshidratación	Descenso de la sensación de sed con la edad
	Sedación
	Náuseas, vómito
	Alteración cognitiva o del nivel de consciencia
	Dificultad para el acceso a líquidos
	Falta de asistencia
Incontinencia	Diuresis
	Sedación
	Debilidad
	Dificultad para acceder a orinal, váter
	Sonda permanente
	Falta de asistencia
Estreñimiento	Cambios del aparato digestivo vinculados con la edad
	Efectos de fármacos
	Efectos de intervenciones quirúrgicas
	Modificaciones alimentarias
	Reducción de la actividad
	Posición deficiente al defecar
	Dificultad para acceder a urinal, váter
	Falta de ayuda para usar el inodoro
Pérdida de independencia funcional	Expectativas estereotipadas del personal
	Restricciones innecesarias
	Tiempo insuficiente para el autocuidado
	Déficit de conocimiento
	Inmovilidad
	Aparición de complicaciones
	Falta de ambulación y movilización temprana

Las enfermeras deben anticipar y minimizar los riesgos comunes que las personas mayores en estado agudo afrontan, haciendo un esfuerzo por promover la independencia funcional óptima. Algunas medidas útiles son:

- Valoración cuidadosa para identificar problemas y riesgos.
- Planificación temprana del alta.
- Estimulación de la independencia.
- Vigilancia precisa de la medicación asegurando que se usen dosis ajustadas para la

edad.

- Recordatorios y asistencia al paciente con cambios de posición frecuentes, tos, respiración profunda, uso del inodoro.
- Identificación y corrección tempranas de complicaciones, reconocimiento de que puede haber signos y síntomas atípicos.
- Evitación en lo posible del sondaje urinario.
- Seguimiento estricto de técnicas asépticas y prácticas de control de infecciones.
- Vigilancia estrecha de ingreso y eliminación, constantes vitales, estado mental y estado de la piel.
- Modificaciones ambientales para satisfacer las necesidades de los pacientes mayores (p. ej., temperatura ambiente de 24° C, control de ruido, uso de luces nocturnas y evitación de reflejos de luz).
- Asistencia según se requiera en las actividades de la vida diaria.
- Educación del paciente y la familia.
- Orientación en la realidad según se requiera.
- Referencia a recursos para promover la capacidad de autocuidado y la independencia.

PARA REFLEXIONAR

¿Qué recompensas y desafíos percibe en la atención a las personas mayores durante una hospitalización por enfermedad aguda?

ATENCIÓN A PACIENTES QUIRÚRGICOS

Debido a la mejora de las intervenciones quirúrgicas y al número creciente de personas que alcanzan edades avanzadas, en la actualidad las enfermeras atienden a muchos más pacientes mayores. Asimismo, ahora a las personas ya no se les niega el beneficio de la cirugía basándose sólo en su edad. La intervención quirúrgica ha proporcionado a muchos mayores no sólo más años de vida, sino también más años funcionales. El tratamiento quirúrgico exitoso de los problemas de salud de una persona mayor depende de la comprensión que la enfermera tenga de los factores relacionados con la edad que hacen necesario modificar las intervenciones quirúrgicas ordinarias.

CONCEPTO CLAVE

La intervención quirúrgica no sólo puede agregar años a la vida de un individuo mayor, sino también mejorar la calidad y la independencia funcional de esos años.

Riesgos especiales en personas mayores

En general, los adultos mayores tienen menor margen de reserva fisiológica y son menos capaces de compensar los cambios fisiológicos y adaptarse a ellos. Infección, hemorragia, anemia, cambios en la presión arterial y desequilibrios hidroelectrolíticos son más problemáticos en mayores. Por desgracia, la pérdida de elasticidad de los vasos sanguíneos, la desnutrición, la mayor susceptibilidad a infecciones y la disminución de las reservas cardíaca, respiratoria y renal hacen más frecuentes las complicaciones en esa población, sobre todo en caso de urgencias o intervenciones quirúrgicas complicadas. La enfermera puede ayudar a reducir el riesgo de complicaciones quirúrgicas al fortalecer las capacidades de los mayores antes de la operación, mantenerlas después y estar alerta a la aparición de signos tempranos de dificultades (fig. 36-1). En la tabla Diagnóstico enfermero 36-2 se presentan diagnósticos que podrían identificarse en adultos mayores sometidos a cirugía.

FIGURA 36-1 ■ La persona mayor hospitalizada requiere intervenciones enfermeras para prevenir complicaciones y promover en retorno del bienestar.

Consideraciones para la atención preoperatoria

La enfermera gerontológica debe ser sensible a los temores de muchos pacientes mayores acerca de la cirugía. Durante toda su vida, los mayores de hoy pueden haber sido testigos de discapacidad grave o muerte en personas mayores sometidas a una intervención quirúrgica y tal vez teman resultados similares de su operación. Es necesario que los pacientes comprendan el aumento del éxito de las intervenciones quirúrgicas gracias a los siguientes avances:

- Mejores instrumentos diagnósticos, que facilitan un diagnóstico y tratamiento más tempranos.
- Mejores medidas terapéuticas, incluidas técnicas quirúrgicas y antibióticos.
- Mayor conocimiento acerca de las características específicas de las personas

mayores.

Además de dar seguridad, la enfermera enseña a los pacientes y sus familias qué debe esperarse antes de la intervención, durante ella y después, incluida la siguiente información:

- Preparación preoperatoria: fregados, fármacos, ayuno.
- Tipos de reacciones a la anestesia.
- Duración de la operación y una breve descripción de ésta.
- Procedimientos de rutina en la sala de recuperación.
- Dolor esperado y su tratamiento.
- Cambios de posición, tos forzada y ejercicios de respiración profunda.
- Justificación y frecuencia de cambios de apósitos, aspiración, oxígeno, sondas y otras intervenciones previstas.

DIAGNÓSTICO ENFERMERO

TABLA 36-2 Diagnósticos enfermeros relacionados con cirugía

Causas o factores contribuyentes	Diagnóstico enfermero
Alteración del transporte de oxígeno, dolor	Intolerancia a la actividad
Temor a la muerte o la discapacidad, dolor, falta de conocimiento	Ansiedad
Anestesia, inmovilidad, dolor real o percibido, analgésicos	Estreñimiento
Choque, desequilibrios hidroelectrolíticos, septicemia, anestesia	Disminución del gasto cardíaco
Pruebas diagnósticas, posición, traumatismo tisular, inmovilidad	Dolor agudo
Disminución del flujo sanguíneo cerebral, intubación endotraqueal, dolor, anestesia, depresores del sistema nervioso central	Deterioro de la comunicación verbal
Preocupación por la pérdida de una parte corporal o su funcionamiento, muerte, resultado de la cirugía	Temor
Choque, infección, drenaje excesivo de herida, ayuno, desequilibrio electrolítico, pérdida sanguínea	Déficit de volumen de líquidos
Infusión IV excesiva o rápida, estancamiento/estasis venosa	Exceso de volumen de líquidos
Terapia IV, intubación, falla de la técnica aséptica, sondaje	Riesgo de infección
Disfunción cerebral, dolor	Riesgo de lesión
Conocimiento deficiente de intervención quirúrgica, resultado esperado, riesgos, cuidados posoperatorios	Déficit de conocimiento
Dolor, debilidad, trastorno cognitivo, restricciones	Deterioro de la movilidad física
Anorexia, náuseas, vómito, dolor; incapacidad para alimentarse por sí mismo	Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades
Traumatismo por sonda endotraqueal, ayuno, respiración oral, higiene bucal inadecuada	Deterioro de la mucosa bucal
Incapacidad para valerse por sí mismo, falta de conocimiento	Impotencia
Anestesia, narcóticos, inmovilidad, dolor, secreciones	Deterioro del intercambio de gases
Inmovilidad, debilidad, restricciones por el aparato IV	Déficit de autocuidado: baño, vestido, alimentación, uso del inodoro
Cambio en una parte o el funcionamiento corporales, dolor, dependencia	Trastorno de la imagen corporal
Inmovilidad, presión por plancha del quirófano, edema, deshidratación	Deterioro de la integridad cutánea
Inmovilidad, ansiedad, dolor, ambiente extraño, fármacos	Trastorno del patrón de sueño
Anestesia, fármacos, confusión, deshidratación, sonda permanente	Deterioro de la eliminación urinaria

IV, intravenoso.

La enfermera registra en el expediente del paciente toda la educación impartida,

de modo que esta información esté disponible para otros profesionales de salud. Durante la valoración y la preparación preoperatoria, la enfermera identifica preocupaciones, dudas y temores, y notifica al médico estos hallazgos.

La enfermera también revisa con el médico los fármacos que el paciente recibe para determinar aquellos que deban continuarse durante la hospitalización. Tal vez deban administrarse algunos de ellos pese a las restricciones del ayuno. Por ejemplo, la interrupción brusca de la esteroidoterapia puede causar colapso cardiovascular. Tal vez la enfermera descubra que el paciente ha estado tomando un antihipertensivo, tranquilizante u otros fármacos antes de la hospitalización. En ocasiones, los pacientes olvidan comentar al médico sobre estos fármacos o se resisten a hacerlo. Dado que algunos medicamentos alteran el funcionamiento cardíaco y pulmonar, es importante asegurarse de que esta información llegue al médico. De modo similar, éste debe tener información de los medicamentos de fitoterapia que el paciente esté usando, porque algunos (como ginseng y gingko biloba) pueden afectar la coagulación.

Las enfermeras deben asegurarse de que se haya completado la exploración preoperatoria básica, incluido lo siguiente:

- Análisis de sangre: depuración de creatinina, glucosa, electrólitos, biometría hemática completa, proteínas plasmáticas totales, gases en sangre arterial, enzimas cardíacas, recuento de linfocitos, albúmina sérica, hemoglobina, hematocrito, capacidad total de fijación de hierro, transferrina.
- Radiografía torácica.
- Electrocardiografía (ECG).
- Pruebas del funcionamiento pulmonar: para individuos obesos y aquellos con antecedentes de tabaquismo o enfermedad pulmonar.
- Valoración nutricional: estatura, peso, circunferencia a la mitad del brazo, pliegue cutáneo sobre el tríceps, antecedentes alimentarios.
- Estado mental.

Por la naturaleza directa de la atención que proporcionan, las enfermeras pueden ser los únicos profesionales de la salud que reconozcan determinados problemas. Por ejemplo, tal vez detecten dientes flojos, los cuales podrían desprenderse y aspirarse durante la intervención quirúrgica, causando complicaciones innecesarias. Este problema debe comunicarse al médico para asegurar la corrección dental preoperatoria.

Si se prevé que la operación será prolongada, otra precaución durante los preparativos es acolchar las prominencias óseas en pacientes mayores. Dado que descansarán en una plancha de quirófano dura, el acolchado ayudará a prevenir úlceras por presión o molestias musculares y óseas después del procedimiento.

CONCEPTO CLAVE

La colocación cuidadosa del paciente y el acolchado de las prominencias óseas reducen algo el dolor muscular y óseo postoperatorio que las personas mayores pueden experimentar en caso de cirugía

prolongada.

El control de infecciones debe ser una de las mayores prioridades de la enfermera durante toda la hospitalización y comenzar en una fase temprana de la preparación preoperatoria. Promover un estado nutricional adecuado y corregir infecciones ya presentes son consideraciones preoperatorias de importancia. Para reducir aún más el riesgo de infección, se recomienda realizar tres baños preoperatorios—en la mañana y al acostarse el día anterior a la operación y en la mañana de la misma, usando un antiséptico—, además de realizar el afeitado preoperatorio lo más cerca posible del momento de la intervención.

Por último, aunque es responsabilidad legal del médico, las enfermeras pueden asegurarse de que el paciente haya firmado el consentimiento informado antes de la operación (*v.* en capítulo 8 una exposición del consentimiento informado).

Consideraciones para la atención operatoria y posoperatoria

El uso de anestesia debe considerarse de manera cuidadosa en personas mayores. Ya que la anestesia produce depresión del funcionamiento ya disminuido de los aparatos cardiovascular y respiratorio de la persona mayor, debe seleccionarse de forma minuciosa. La vigilancia estrecha por el anestesiólogo durante la intervención quirúrgica permitirá detectar y prevenir dificultades en las funciones vitales del paciente. Se desaconsejan las cirugías prolongadas en esta población. Suele evitarse la manipulación brusca y frecuente de los tejidos durante el procedimiento porque estimula la actividad refleja, que incrementa la demanda de anestesia. Si se utilizan anestésicos inhalados, la enfermera debe estar advertida de que el paciente puede estar anestesiado durante más tiempo a causa de la eliminación más lenta de estos agentes a causa de la edad; los cambios de posición y la respiración profunda facilitarán una eliminación más rápida de los fármacos inhalados.

La hipotermia es una de las principales complicaciones que los mayores presentan durante y después de la cirugía. Entre los factores que contribuyen a este problema se destacan: la temperatura corporal normal más baja de muchas personas mayores, la baja temperatura de los quirófanos y el uso de fármacos que desaceleran el metabolismo. El ambiente fresco y el posible estremecimiento resultante podrían incrementar el gasto cardíaco y la ventilación, y privar del oxígeno necesario a corazón y encéfalo; sin embargo, el estremecimiento es menos frecuente en individuos mayores. Además, la desaceleración del metabolismo que ocurre con la hipotermia demora el despertar y el retorno de los reflejos. Es esencial vigilar de cerca la temperatura corporal. Es posible prevenir en parte la hipotermia con medidas de calentamiento apropiadas; la investigación ha demostrado que el calentamiento precoz durante los períodos intraoperatorio y postoperatorio temprano eleva la temperatura central y reduce la incidencia de hipotermia (Grossman, Bautista y Sullivan, 2002; Horn y cols., 2012; Yang y cols., 2012).

CONCEPTO CLAVE

La hipotermia es un riesgo intraoperatorio y postoperatorio importante para los pacientes mayores.

La observación y vigilancia postoperatorias estrechas frecuentes cobran especial importancia. La menor capacidad de las personas mayores para manejar el estrés refuerza la necesidad de detectar y tratar de manera expedita los síntomas de choque y hemorragia. Aunque no esté del todo consciente después de la cirugía, la persona mayor puede presentar inquietud como el principal síntoma de hipoxia. Es importante que esta inquietud no se confunda con dolor; la administración de un narcótico podría reducir aún más el suministro de oxígeno del organismo. La administración profiláctica de oxígeno puede ser un componente beneficioso de la atención postoperatoria. La pérdida de sangre debe medirse de manera precisa y si es excesiva, reponerse con prontitud. La verificación frecuente de la diuresis puede ayudar a revelar el inicio de complicaciones graves. Por último, los desequilibrios hidroelectrolíticos pueden evitarse y detectarse mediante un registro estricto de ingreso y eliminación. La eliminación incluye drenaje, sangrado, vómito y todas las demás formas de pérdida hídrica.

CONCEPTO CLAVE

La inquietud postoperatoria podría indicar hipoxia, no dolor; la administración inapropiada de un analgésico narcótico agotaría aún más el suministro de oxígeno del organismo.

Dado que el paciente mayor tiene más riesgo de infecciones, debe prestarse atención estricta al cuidado de las heridas y los cambios de apósitos. Un buen estado nutricional es favorable para la cicatrización tisular y debe alentarse. A fin de conservar la energía del paciente y darle confort, es esencial el alivio del dolor. Con este objetivo es útil mantener la regularidad de la eliminación intestinal y vesical, conservar la movilidad de las articulaciones y ayudar al paciente a colocarse en una posición cómoda. Si se usan medicamentos para aliviar el dolor, las enfermeras deben prestar atención al descenso de la actividad que puede resultar y a la prevención de los efectos perjudiciales de tal inmovilización. Asimismo, la enfermera debe tener presente que la colocación en la superficie dura de la mesa del quirófano y la tracción y el movimiento del sujeto inconsciente pueden causar dolor muscular y óseo durante varios días del postoperatorio. Por último, es vital observar al paciente en busca de depresión respiratoria si se administran analgésicos narcóticos.

Los pacientes mayores son particularmente propensos a varias complicaciones postoperatorias. Entre las complicaciones respiratorias se reconocen neumonía, émbolos pulmonares y atelectasia. En caso de esta última son posibles la disminución de los ruidos pulmonares y la febrícula, pero tal vez no lo revele la radiografía. La atelectasia eleva el riesgo de neumonía. Si ésta ocurre en un individuo mayor, es más problemática que en un adulto más joven y requiere un período de recuperación más prolongado. Las complicaciones cardiovasculares incluyen émbolo, trombo, infarto al miocardio y arritmias. Puede suceder accidente cerebrovacular y oclusión coronaria, pero son menos comunes que otras complicaciones. La disminución de la actividad y

la menor resistencia pueden causar úlceras por presión con mayor frecuencia. Es común la insuficiencia renal farmacoinducida; los fármacos que causan esta complicación a menudo son cimetidina, digoxina, aminoglucósidos, cefalosporinas, ampicilina y bloqueadores neuromusculares. Los pacientes mayores recién operados, en particular los sometidos a reparación de cadera, tienden a presentar mayor incidencia de delirio que la población general. El íleo paralítico, acompañado de fiebre, deshidratación, sensibilidad abdominal y distensión, es otra complicación postoperatoria frecuente en personas mayores. En la tabla 36-3 se presentan complicaciones adicionales.

La enfermera está en una posición clave para ayudar al paciente mayor a obtener el máximo beneficio de la cirugía. La intervención quirúrgica más compleja en el mundo realizada por el cirujano más hábil es de escasa utilidad si un cuidado de rehabilitación deficiente causa discapacidad o muerte por complicaciones que pudieron prevenirse. Combinar los principios y las prácticas de las enfermeras quirúrgicas con las características específicas del paciente mayor es un desafío inmenso para la enfermera gerontológica. Sin embargo, es una gran satisfacción ver el aumento de la capacidad y la vida más significativa que muchos mayores logran a través de los beneficios de la cirugía.

ATENCIÓN DE URGENCIA

Las urgencias son especialmente problemáticas en personas mayores. Primero, son frecuentes debido a los cambios relacionados con la edad que reducen la resistencia y hacen al organismo más susceptible a lesiones y enfermedad. En segundo lugar, a menudo presentan un cuadro atípico que complica el diagnóstico. En tercer lugar, pueden ser más difíciles de tratar o estabilizar en virtud de que en las personas mayores la respuesta al tratamiento está alterada. Por último, conllevan un mayor riesgo de causar complicaciones graves y muerte. Al reconocer situaciones de urgencia e intervenir con prontitud, las enfermeras pueden ahorrar considerables disconfort y discapacidad a los pacientes mayores y, en muchas situaciones, salvarles la vida.

Cualquiera que sea el tipo de urgencia, los siguientes objetivos básicos guían las intervenciones enfermeras:

- Mantener las funciones vitales.
- Prevenir y tratar el choque.
- Controlar el sangrado.
- Prevenir complicaciones.
- Mantener el confort físico y psicológico del paciente.
- Observar y registrar signos, tratamientos y respuestas.
- Valorar en busca de factores causales.

En caso de duda acerca de si existe una verdadera urgencia, las enfermeras deben apostar por la seguridad. Es mucho mejor tomar una radiografía o un ECG con

resultados negativos que pensar que sería innecesario invertir esfuerzos o recursos, sólo para descubrir después que se retrasó el diagnóstico del problema del paciente.

CONCEPTO CLAVE

Cuando se sospecha una urgencia, es mejor errar del lado seguro y realizar pruebas diagnósticas que correr el riesgo de retrasar el diagnóstico.

TABLA 36-3 Complicaciones frecuentes en pacientes quirúrgicos mayores

Complicación	Factores medicoquirúrgicos	Proceso del envejecimiento	Intervenciones enfermeras
Desequilibrio hidroelectrolítico	Pérdidas de sangre y líquidos durante la operación, quirófano frío; los líquidos se evaporan de los tejidos; cirugía y anestesia estimulan AD-H y aldosterona; sobrehidratación con líquidos IV	Descenso del funcionamiento renal: pérdida de nefronas, TFG, disminución de riego sanguíneo renal y depuración de creatinina; descenso del funcionamiento cardiopulmonar	Vigilancia cuidadosa de ingreso y eliminación, valoración de la turgencia cutánea (en esternón y frente), búsqueda de signos de hipervolemia e hipovolemia, determinación de la diuresis; notar pérdidas de líquidos no medidas como diaforesis, valorar en busca de edema sacro, corregir desequilibrios con líquidos IV isotónicos y electrolitos
Desnutrición	Ayuno en preparación para pruebas, disminución del ingreso en el postoperatorio, influencias psicosociales, sitio de la operación, el estrés de la cirugía eleva las necesidades nutricionales	Disminución de secreción, motilidad y absorción; desaceleración del metabolismo basal; atrofia de papilas gustativas; pérdida del apetito; menor absorción de hierro, vitamina B_{12}, calcio pérdidas sensitivas	Valoración nutricional preoperatoria, vigilancia del peso, equilibrio hídrico, ingreso alimentario y valores de laboratorio; preparación nutricional preoperatoria, aumento de calorías y proteínas en el postoperatorio, hiperalimentación si está indicada, uso del equipo de apoyo nutricional, mantenimiento de equilibrio nitrogenado positivo en el postoperatorio; complementos de vitamina/minerales
Neumonía, atelectasia	Tabaquismo compulsivo con tos, obesidad, bronquitis, enfermedad pulmonar crónica, cirugía torácica o de parte superior del abdomen; anestesia y analgésicos reducen capacidad residual funcional, expansión pulmonar e intercambio gaseoso	Disminución de movimiento broncopulmonar, disfunción pulmonar, volumen corriente, pérdida de reflejos protectores de vías respiratorias	Preoperatorio: dejar de fumar por una semana; reducción de peso, pruebas del funcionamiento pulmonar; si hay bronquitis, dar antibióticos, expectorantes y broncodilatadores, enseñar maniobras pulmonares; Ejs (fuerza extendida para aflojar secreciones), respiración profunda, espirómetro de incentivo Postoperatorio: cambio de posición cada hora, vigilar gases sanguíneos, desconectar del ventilador cuanto antes, continuar maniobra pulmonar; O_2 para asegurar una oxigenación adecuada, ambulación temprana, fisioterapia torácica
Úlceras por presión	Desnutrición, enfermedad crónica (p. ej., diabetes, ICC, VPF); tiempo en la mesa de quirófano	Pérdida de humedad, adelgazamiento de la epidermis, pérdida de capilares en la dermis, pérdida de receptores sensitivos, pérdida de grasa subcutánea	Cambio de posición frecuente, alineación correcta, dispositivos de alivio de presión, evitación de fuerzas cizallantes, movimiento y ambulación tempranos, higiene cutánea adecuada, lociones, masaje gentil, complementos nutricionales, aumento del ingreso de líquidos, dieta rica en proteínas y calorías
Dehiscencia de herida, evisceración	Desnutrición; pérdida de peso masiva repentina	Demora de la respuesta inmunitaria, demora de la cicatrización de heridas; desaceleración de respuesta inflamatoria, mitosis, proliferación celular; formación de colágeno anómalo con escasa fuerza tensil en la herida, decremento de la fuerza muscular	Preparación nutricional de 1 a 3 semanas en el preoperatorio, hiperalimentación, complementos vitamínicos; cuidado aséptico estricto de la herida, fomento del reposo; sueño de cada lado para favorecer la cicatrización de la herida, ejercicios inspiratorios, tos forzada sólo si hay secreciones; prevenir/reducir el vómito; enseñanza para el alta, cuidado correcto de la herida y observación en busca de complicaciones, instrucciones dietéticas

(continúa)

TABLA 36-3 Complicaciones frecuentes en pacientes quirúrgicos mayores (*continuación*)

Complicación	Factores médicoquirúrgicos	Proceso del envejecimiento	Intervenciones enfermeras
Hipotermia secundaria	Quirófano frío, infusiones a temperatura ambiente, exposición de la piel para colocación de campos y preparación, exposición de peritoneo/pleura durante cirugía, vasodilatación periférica	Trastorno de mecanismos termorreguladores, disminución de reservas cardiopulmonares, deterioro de la capacidad para incrementar el metabolismo basal	Vigilancia de la temperatura en el quirófano, vigilancia cardíaca cuidadosa, manta para hipertermia, frazadas de cubierta tibias después del cierre de la incisión, líquidos IV tibios transferencia expedita desde el quirófano, frazadas superiores térmicas en la SR, transferencia de las frazadas con el paciente a la unidad quirúrgica
Rigidez articular, contracturas	Presencia de enfermedad articular degenerativa, osteoporosis, disminución de la movilidad durante la preparación preoperatoria, inmovilidad durante la cirugía, movimiento limitado por el dolor en el postoperatorio	Disminución de la fuerza muscular y emaciación, pérdida de masa ósea, osificación de cartílago en las articulaciones, flexión de articulaciones, postura desgarbada, lentitud de movimientos, cambios en la marcha	Valorar nivel de funcionamiento previo, ejercicios para las piernas en el preoperatorio, ambulación temprana, posición apropiada y movimiento en la cama, ejercicios de amplitud de movimiento activos/pasivos, alentar el movimiento activo del paciente
Estados de confusión aguda, delirio	Tipo de anestesia, penetración de la barrera hematoencefálica por determinados fármacos, depresión o demencia preexistentes, factores ambientales, número de fármacos administrados, hipoxemia, factores psicosociales	Pérdida de neuronas, atrofia encefálica, decremento de riego sanguíneo y consumo de oxígeno en el encéfalo, disminución del funcionamiento renal, depuración más lenta de fármacos, pérdidas sensitivas, descenso de reservas cardiopulmonares	*Preoperatorio:* valoración de referencia del estado mental y emocional, apoyo psicológico; dar tiempo para preguntas y expresión de temores, conseguir apoyo religioso si se desea, corregir desequilibrios electrolíticos, anemia *Postoperatorio vigilar:* nivel de conciencia, estar sujeción, proporcionar un ambiente tranquilo, evitar el uso de sondas permanentes, orientar en el ambiente, aumentar la movilidad de manera progresiva, dosis pequeñas de haloperidol si hay causas orgánicas, seguridades de todo el personal, atención especial si tiene pérdida auditiva, vigilar equilibrio hidroelectrolítico, asegurar oxigenación adecuada
Insuficiencia cardíaca	Cardiopatía existente, hipertensión, efectos de la anestesia en la presión arterial, el estrés de la operación incrementa las necesidades metabólicas y la carga de trabajo del corazón	Menor gasto cardíaco, alteración del transporte de O_2, acumulaciones de grasa en las válvulas cardíacas, aterosclerosis, aumento de la presión diferencial	*Preoperatorio:* valoración de riesgo, corregir y tratar trastornos existentes; heparinización en dosis baja; un mejor estado nutricional favorece el funcionamiento cardíaco *Postoperatorio:* vigilancia continua de la PVC; valorar DVY y ruidos respiratorios cada hora; vigilancia ECG continua; observación estrecha de constantes vitales, nivel de consciencia y diuresis; mantener las velocidades de infusión; verificar ingreso y eliminación; observar circulación periférica, color; mantener el funcionamiento cardiovascular; movilización temprana cuidadosa, períodos de reposo

ADH, vasopresina; DVY, distensión venosa yugular; ECG, electrocardiografía; electrocardiográfico; ICC, insuficiencia cardíaca congestiva; IV, intravenoso; PVC, presión venosa central; SR, sala de recuperación; VFG, velocidad de filtración glomerular; VPP, vasculopatía pulmonar.

Tomada de Palmer, M. A. (1990). Care of the older surgical patient. In Eliopoulos, C. (Ed.), *Caring for the elderly in diverse care settings* (pp. 350–372). Philadelphia, PA: J.B. Lippincott.

RECUADRO 36-1 Urgencias seleccionadas en personas mayores

CONFUSIÓN/DELIRIO AGUDOS

Manifestaciones clínicas: declinación rápida del funcionamiento cognitivo, alteración del funcionamiento intelectual, desorientación en tiempo y lugar, descenso del lapso de atención, deterioro de la memoria, labilidad del estado de ánimo, parloteo sin sentido, juicio deficiente, alteración del nivel de consciencia, inquietud, insomnio, cambios de personalidad, suspicacia.

Objetivo: identificar y corregir el factor causal.

Intervenciones enfermeras:

- Valorar en busca de cambios en la salud física, factores de estrés, cambios en el estilo de vida, fármacos que se usan, alimentación u otros problemas.
- Obtener muestras de sangre para evaluación.
- Vigilar constantes vitales, ingreso y egreso, y comportamiento.
- Apoyar el plan de tratamiento, por ejemplo, reposición de electrólitos, cambio de medicación y control de fiebre.

Objetivo: proteger de lesiones y complicaciones.

Intervenciones enfermeras:

- Supervisar de cerca las actividades.
- Retirar sustancias peligrosas, fármacos y maquinaria del entorno inmediato del paciente.
- Asegurar ingreso nutricional, baño e higiene adecuados.

Objetivo: reducir la confusión.

Intervenciones enfermeras:

- Limitar el número de personas que administran cuidados. Ofrecer continuidad en la atención.
- Mantener un ambiente estable y tranquilo. Evitar luces intensas, ruido excesivo y temperaturas ambientales extremosas.
- Formular enunciados que den orientación, como «Sr. Jiménez, usted está en el hospital. Es martes por la tarde. Su esposa está junto a usted».

- Aclarar ideas erróneas.

Nota: Es crucial una evaluación exhaustiva en caso de confusión. Este problema puede deberse a una amplia gama de trastornos como hipoglucemia, hipercalcemia, desnutrición, infección, traumatismo y reacciones medicamentosas.

DESHIDRATACIÓN

Manifestaciones clínicas: alta concentración de la orina, diuresis reducida o excesiva, pérdida de peso, eliminación superior al ingreso, aumento de la frecuencia del pulso, elevación de la temperatura, disminución de la turgencia cutánea, sequedad lingual, sequedad cutánea y de mucosas, debilidad, letargo, confusión, náuseas, anorexia; puede haber sed o no.
Objetivo: reponer los líquidos perdidos.

Intervenciones enfermeras:

- Obtener una muestra de sangre para análisis de electrólitos.
- Dar líquidos orales en abundancia a menos que esté contraindicado. Administrar soluciones intravenosas según se ordene.
- Vigilar y registrar ingreso y eliminación, peso y constantes vitales.

Objetivo: minimizar o eliminar factores causales.
Intervenciones enfermeras:

- Valorar en busca de posibles causas (p. ej., ingreso insuficiente, fiebre, vómito, diarrea y drenaje de heridas).
- Corregir la causa subyacente.
- Vigilar y alentar un consumo de líquidos adecuado.

Nota: El descenso del volumen intracelular que ocurre con la edad contribuye a que el líquido corporal total sea menor; así, cualquier pérdida de líquido es más significativa en personas mayores. A menos que haya una indicación médica para restringir, el ingreso de líquido debe estar entre 2000 y 3000 ml/día. Evaluar en busca de factores especiales que podrían causar deshidratación, como disminución de la sensación de sed, discapacidades que restringen el consumo de líquido de manera independiente, alteración del estado mental y deseos de minimizar frecuencia urinaria y nicturia.

CAÍDAS

Manifestaciones clínicas: el paciente es hallado en el suelo o informa haber caído.
Objetivo: evaluar y tratar lesiones sufridas al caer.
Intervenciones enfermeras:

- No mover al paciente mientras no se evalúe su estado.
- Solicitar radiografías si se sospecha fractura.
- Controlar el sangrado.
- Aliviar la ansiedad del paciente.
- Valorar constantes vitales, estado mental y capacidad funcional. Tomar nota de signos y síntomas (p. ej., incontinencia, temblores y debilidad).
- Revisar los sucesos que precedieron a la caída (p. ej., cambio de posición, administración de fármacos, dolor y mareo).
- Observar y vigilar el estado del paciente durante las 24 h que siguen.

Objetivo: prevenir caídas futuras.
Intervenciones enfermeras:

- Valorar y corregir factores que contribuyen a las caídas (p. ej., trastornos de la marcha, visión deficiente, confusión, uso incorrecto de dispositivo auxiliar, fármacos, peligros ambientales).
- Enseñar al paciente cómo caer de manera segura (p. ej., proteger cabeza y cara, y no moverse antes de que se le revise). Enseñar al paciente a reducir el riesgo de caídas.
- Enseñar al paciente a usar zapatos seguros; evitar batas largas.

- Enseñar al paciente a sentarse en el borde de la cama durante algunos minutos antes de incorporarse.
- Enseñar al paciente a usar los pasamanos o barandales, en especial en bañeras y escaleras.
- Enseñar al paciente a caminar sólo en áreas bien iluminadas.
- Eliminar obstáculos y alfombras que no estén fijadas al suelo por sus bordes.

Nota: Una persona mayor que cae una vez está en mayor riesgo de volver a hacerlo; por tanto, se requiere prevención activa. Las caídas son la segunda causa principal de muerte accidental; la morbilidad y mortalidad relacionadas con caídas aumentan con la edad.

INFARTO AL MIOCARDIO

Manifestaciones clínicas: confusión/delirio agudos, disnea, hipotensión arterial, palidez cutánea y debilidad; puede haber o no dolor torácico.
Objetivo: colaborar para un diagnóstico pronto.
Intervenciones enfermeras:
- Identificar los signos con prontitud. Los signos pueden pasarse por alto o atribuirse a otros problemas.
- Incluso la más ligera sospecha de infarto al miocardio debe hacer que se proceda a una evaluación diagnóstica.
- Tomar ECG y muestra de sangre: la velocidad de sedimentación estará elevada.
- Vigilar constantes vitales.

Objetivo: reducir el estrés cardiovascular.
Intervenciones enfermeras:
- Apoyar el tratamiento prescrito. Administrar antiarrítmicos según se ordene.
- Suministrar oxígeno. Vigilar gases en sangre arterial. Observar en busca de signos de retención de dióxido de carbono.
- Apoyar las extremidades.
- Controlar el estrés.
- Aliviar dolor y ansiedad.

Objetivo: prevenir e identificar complicaciones con prontitud.
Intervenciones enfermeras:
- Realizar ejercicios de rango de movimiento. Asegurar el cambio de posición frecuente.
- Vigilar ingreso y egreso. Puede aparecer anuria; el esfuerzo al defecar a causa de estreñimiento podría inducir tensión en el corazón.
- Evaluar la respuesta a fármacos. Tomar nota de reacciones adversas (p. ej., sangrado, bradicardia e hipopotasemia).
- Observar en busca de signos de insuficiencia cardíaca congestiva (p. ej., disnea, tos, roncus y estertores).
- Observar en busca de signos de choque (p. ej., descenso de la presión arterial, aumento del pulso, humedad fría de la piel, decremento de la diuresis, inquietud).

En el recuadro 36-1 se ponen de relieve algunas de las urgencias comunes en personas mayores y las intervenciones enfermeras relacionadas.

INFECCIONES

Las infecciones son trastornos agudos comunes que demandan atención expedita. Diversos factores pueden ser la causa del alto riesgo de infección en personas mayores (recuadro 36-2).

Como se expuso en el capítulo 30, las infecciones no sólo ocurren con mayor facilidad en las personas mayores, sino además son más difíciles de identificar en una

fase temprana debido a la sintomatología distinta. La presentación atípica de los síntomas puede complicar la identificación y corrección tempranas. Por ejemplo, es posible que la menor temperatura corporal haga que la fiebre se presente de manera atípica; la menor eficiencia de la tos tal vez impida que la tos productiva sea un indicio de infección de vías respiratorias; y anorexia, fatiga y alteración cognitiva pueden atribuirse a otros problemas de salud o a la «edad avanzada».

CONCEPTO CLAVE

Las enfermeras gerontológicas deben sospechar una infección cuando ocurra cualquier cambio abrupto inexplicable en el estado físico o mental del individuo mayor.

La infección más común en la población de edad avanzada es la de vías urinarias (IVU). En los mayores, los signos de IVU podrían incluir confusión, incontinencia, dolor abdominal vago, anorexia, náuseas y vómito. Los pacientes con diabetes pueden experimentar pérdida del control de la glucemia. Es posible confirmar el diagnóstico mediante pruebas de laboratorio.

La neumonía bacteriana es la causa principal de muerte relacionada con infección en adultos mayores. Como en otros procesos infecciosos, los síntomas pueden ser atípicos e incluyen confusión, letargo y anorexia, además de los signos típicos relacionados con neumonía en cualquier grupo de edad. Se realizan pruebas en sangre y suero para confirmar el diagnóstico.

Debe prestarse atención cuidadosa a la prevención de infecciones en personas mayores. Entre las medidas que apoyan este esfuerzo están:

- Promoción de hidratación y estado nutricional adecuados.
- Vigilancia de constantes vitales, estado mental y estado de salud general.
- Mantenimiento de la integridad de piel y mucosas.
- Evitación de la inmovilidad.
- Verificación de que el paciente haya recibido las vacunas neumocócica y de la gripe (a menos que esté contraindicado).
- Mantenimiento de un ambiente limpio.
- Restricción del contacto con personas que tienen infecciones o se sospecha que las tienen.
- Almacenamiento apropiado de los alimentos.
- Prevención de lesiones.
- Seguimiento estricto de las prácticas de control de infecciones.

RECUADRO 36-2 Factores que contribuyen al alto riesgo de infección en adultos mayores

- Cambios relacionados con la edad.

- Alteración de la respuesta de anticuerpos a antígenos.
- Descenso de la actividad respiratoria.
- Menor capacidad para expulsar secreciones desde los pulmones.
- Debilidad de los músculos vesicales, que favorece la retención urinaria.
- Hipertrofia prostática.
- Aumento de la alcalinidad de las secreciones vaginales.
- Mayor fragilidad de piel y mucosas.

- Alta prevalencia de enfermedad crónica.
- Inmovilidad.
- Mayor probabilidad de desnutrición, uso de sonda urinaria, intervenciones traumáticas, hospitalización e institucionalización.

Se han promovido diversas vitaminas y plantas para la prevención y el manejo de las infecciones. Se recomiendan complementos de vitaminas C y A, al igual que eliminar el azúcar refinado de la alimentación. Las plantas *Echinacea*, sello de oro y ajo podrían prevenir y curar infecciones; se piensa que, en dosis pequeñas, refuerzan la resistencia a la infección, y en dosis mayores podrían combatir patógenos. Se afirma que el ginseng siberiano protege el organismo contra los efectos peligrosos del estrés y refuerza la resistencia a la infección. Debe recomendarse a los pacientes que consulten a los profesionales de salud antes de usar un tratamiento alternativo. En el capítulo 30 se presenta una exposición más completa de las infecciones.

PLANIFICACIÓN DEL ALTA DE LOS PACIENTES MAYORES

Los adultos mayores hospitalizados requieren planificación temprana y competente para el alta a fin de prevenir complicaciones, reducir el riesgo de reingreso y minimizar el estrés tanto para ellos como para sus cuidadores.

CONCEPTO CLAVE

En esta época de altas más prontas de pacientes todavía enfermos, es esencial la planificación temprana del alta.

La planificación eficaz del alta reviste particular importancia en esta era de estancias hospitalarias abreviadas que hacen que los pacientes abandonen el hospital, aún enfermos y debilitados.

Muchos factores influyen en el desenlace del proceso después del alta de personas mayores que han estado hospitalizadas, como:

- Percepciones de los pacientes acerca del estado de salud y el pronóstico.
- Número y complejidad de los trastornos.
- Antecedentes de prácticas de autocuidado.
- Apoyo familiar o social y otros recursos.

CASO A CONSIDERAR

La Sra. H., de 82 años, es llevada al departamento de urgencias por su hija, con quien vive. La Sra. H., ha sido ambulatoria y capaz de realizar todas las actividades de autocuidado hasta hace 6 días, cuando comenzó a manifestar confusión y debilidad crecientes; también perdió peso y empezó a experimentar incontinencia urinaria. Se le diagnostica neumonía bacteriana y se le hospitaliza.

PENSAMIENTO CRÍTICO

- ¿A qué riesgos se enfrenta la Sra. H., durante su hospitalización?
- ¿Qué puede hacerse para minimizar estos riesgos?
- ¿Qué planes podrían hacerse para ayudar a la hija en las actividades de cuidado después del alta de la Sra. H.?

La enfermera debe valorar y anticipar cuanto antes las necesidades del paciente después del alta, a fin de tener tiempo antes de educarle de manera adecuada y también a los cuidadores, hacer las gestiones necesarias y sugerir los preparativos en casa. En algunos entornos de atención de pacientes agudos se utiliza un equipo geriátrico interdisciplinar que consulta con el personal y diseña planes para el alta. Una enfermera gerontológica especialista en el ambiente de cuidados agudos también puede realizar esta actividad.

Los planes para el alta deben tener en cuenta las necesidades de la familia o los allegados que dan apoyo y asistencia en los cuidados (fig. 36-2). El plan debe ser adecuado para todas las partes, no sólo para el paciente, para que resulte exitoso. (En el cap. 38 se presenta una exposición más completa de la provisión de cuidados por la familia.)

FIGURA 36-2 ■ En la planificación para el alta del adulto mayor, la enfermera también debe considerar las necesidades de los familiares que podrían procurar cuidados en casa.

LLEVANDO LA INVESTIGACIÓN A LA VIDA

DIFERENCIAS RELACIONADAS CON LA EDAD EN LA PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DE LA ENSEÑANZA PARA EL

ALTA Y LA PREPARACIÓN PARA EL ALTA HOSPITALARIA

Bobay, K. L., Jerofke, T. A., Weiss, M. E., & Yakusheva, O. (2010). Geriatric Nursing, 31(3), 178–187.

En este estudio se investigaron las diferencias en las percepciones de la calidad de la enseñanza para el alta y la preparación para el alta hospitalaria, y su relación con el uso del departamento de urgencias después del alta y el reingreso. En el estudio participaron unas 2 000 personas mayores que se dieron de alta de 16 unidades medicoquirúrgicas en cuatro hospitales del medio oeste de Estados Unidos. Se aplicaron cuestionarios para valorar la percepción de los pacientes acerca de su enseñanza para el alta y su percepción de estar preparado para ir a casa. Se registraron las visitas al departamento de urgencias y los reingresos en el transcurso de los 30 días siguientes al alta.

Se observó una relación entre enseñanza para el alta y preparación para la misma en pacientes menores de 85 años. Los pacientes mayores informaron haber recibido menos información para el alta; no se exploraron las razones de ello, aunque tal vez se relacionan con hospitalizaciones previas de estos pacientes por problemas similares y necesidad de más tiempo para la enseñanza.

Los mayores constituyen un tercio de todos los ingresos hospitalarios y alrededor de una quinta parte reingresa en los 30 días siguientes. La preparación inadecuada para el alta influye en la preparación del paciente y su familia para manejar la atención posterior al alta y el riesgo de un nuevo ingreso. Las enfermeras gerontológicas no sólo deben proporcionar enseñanza para el alta sino también evaluar la preparación y reconocer que puede haber diferencias derivadas de la edad en la preparación y los estilos de enseñanza necesarios.

REALIDADES PRÁCTICAS

La Sra. Dávalos, una mujer relativamente activa de 84 años de edad, se sometió a reemplazo total de cadera. Su recuperación fue complicada por una reacción a un analgésico que le causó mareo, sedación intensa y vómito. Los síntomas redujeron su actividad y la hicieron permanecer en cama, durmiendo la mayor parte del tiempo. Excepto por sus visitas diarias a la fisioterapia, ella permanece la mayor parte del tiempo reposando en cama.

La Sra. Dávalos fue dada de alta y enviada a una residencia para enfermos crónicos para continuar su rehabilitación. En las 48 h siguientes fue reingresada con neumonía y úlceras por presión de fase 3, que el personal de la residencia afirma que ya estaban presentes al ingresar, aunque esto no se registró en el expediente del hospital. Su estado es ahora más grave que en cualquier momento de la estancia hospitalaria inicial.

¿Qué podría haberse hecho para prevenir las complicaciones de la Sra. Dávalos y su reingreso? ¿Qué puede hacer una residencia para enfermos

crónicos a fin de facilitar la transición de un paciente a este entorno de modo que se eviten los reingresos?

EJERCICIOS DE PENSAMIENTO CRÍTICO

1. Una enfermera gerontológica especialista que recién se incorpora a una unidad quirúrgica para pacientes internados recibe el encargo de poner en marcha intervenciones enfermeras para ayudar a reducir el riesgo de complicaciones durante la hospitalización de pacientes mayores ¿Qué protocolos, actividades para desarrollo del personal y otras acciones podría considerar esta enfermera especialista?
2. Comentar los conceptos que deben revisarse en la enseñanza de pacientes que viven en la comunidad acerca de medidas para prevenir infecciones.
3. ¿Qué prejuicios o ideas erróneas podrían poner en riesgo la salud y el bienestar de personas mayores con enfermedad aguda?

REFERENCIAS

Centers for Disease Control and Prevention (2012). Hospital utilization. Retrieved June 19, 2012 from http://www.cdc.gov/nchs/fastats/hospital.htm

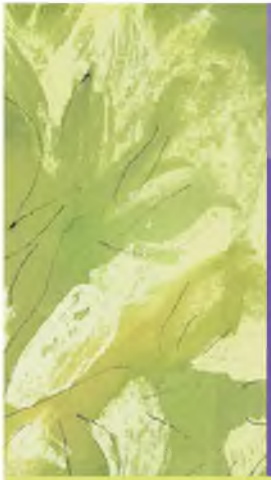
Grossman, S., Bautista, C., & Sullivan, L. (2002). Using evidence-based practice to develop a protocol for postoperative surgical intensive care unit patients. *Dimensions of Critical Care Nursing, 21*(5), 206–214.

Horn, E. P., Bein, B., Bohm, R., Steinfath, M., Sahili, N., & Hocker, J. (2012). The effect of short time periods of pre-operative warming in the prevention of peri-operative hypothermia. *Anaesthesia, 67*(6), 612–617.

Yang, H. L., Lee, H. F., Chu, T. L., Su, Y. Y., Ho, L. L., & Fan, J. Y. (2012). The comparison of two recovery room warming methods for hypothermia patients who had undergone spinal surgery. *Journal of Nursing Scholarship, 44*(1), 2–10.

LECTURAS RECOMENDADAS

Las lecturas recomendadas relacionadas con este capítulo pueden encontrarse en el sitio web que acompaña al libro. Visítese **http://thepoint.lww.com/espanol-Eliopoulos8e** para acceder a las lecturas recomendadas y otros recursos adicionales vinculados con este capítulo.



CAPÍTULO 37

Atención de larga duración

RESUMEN DEL CAPÍTULO

Desarrollo de la atención institucionalizada de larga duración

- **Antes del siglo XX.**
- **Durante el siglo XX.**
- **Lecciones que deben aprenderse de la historia.**

Atención institucionalizada de larga duración en la actualidad

- **Estándares de las residencias para adultos mayores.**
- **Usuarios de las residencias para adultos mayores.**
- **Funciones y responsabilidades de los profesionales enfermeros.**
- **Comunidades asistidas.**

El futuro: un nuevo modelo de atención de larga duración

La institución de cuidados de larga duración es un entorno clínico cada vez más complejo y dinámico para la práctica enfermera. Tales instituciones atienden a una población cada vez más compleja en términos médicos; muchas residencias para adultos mayores están creando unidades de atención de enfermos subagudos que proporcionan cuidados de ventilación, hiperalimentación y otros servicios restringidos hasta hace poco a ambientes hospitalarios. Los consumidores están más informados sobre los estándares de atención y calidad de las residencias, lo que les hace tener expectativas más altas que antes acerca de estas instituciones. Asimismo, para muchas enfermeras que se sentían

frustradas con las limitaciones de los cuidados abreviados de las estancias hospitalarias y la atención fragmentada, esos centros ofrecen una oportunidad para establecer relaciones a largo plazo y practicar sus artes sanadoras.

OBJETIVOS DE APRENDIZAJE

Después de estudiar este capítulo, el lector será capaz de:

1. Describir el desarrollo de la atención institucionalizada de larga duración.
2. Discutir los problemas que se derivan de la falta de un modelo único para la atención de larga duración.
3. Identificar las principales categorías de directrices descritas en las regulaciones de las residencias para adultos mayores.
4. Enumerar distintas funciones de las enfermeras en instituciones de atención de larga duración.
5. Describir las necesidades de higiene, holismo y sanación de los usuarios de atención de larga duración.

CONCEPTOS BÁSICOS

Asilo: institución para personas pobres.

Atención de enfermos subagudos: nivel de atención en el cual se requiere manejo continuo del trastorno agudo junto con asistencia para los cuidados básicos, los cuales se suministran en un entorno de cuidados a largo plazo.

Regulaciones: estándares mínimos desarrollados por organismos gubernamentales que deben satisfacerse por ley y evaluarse para certificación y cobertura por las aseguradoras.

Aunque el número de instituciones que proveen atención de larga duración ha disminuido desde que se establecieron estándares más estrictos, el de usuarios atendidos en ellas ha aumentado a la par que la población mayor. La mayoría de la generación actual de personas que están envejeciendo necesitará algún tipo de atención en una residencia o en la comunidad, y alrededor de la mitad de todas las mujeres y de un tercio de todos los varones mayores pasarán algún tiempo en una residencia de atención a largo plazo alguna vez en su vida (Centers for Disease Control and Prevention, 2012).

DESARROLLO DE LA ATENCIÓN INSTITUCIONALIZADA DE LARGA DURACIÓN

Los muchos aspectos positivos de la enfermería gerontológica en residencias para

adultos mayores a menudo son ensombrecidos por una imagen poco halagüeña de este entorno de atención, influida por una historia cargada de escándalos y la exacerbación con que los medios destacan los abusos y las condiciones ínfimas de una pequeña minoría. Esta imagen negativa es complicada por políticas de ayudas económicas que limitan en grado significativo la capacidad para proporcionar atención de alta calidad. Revisar el modo en que se ha prestado la atención en residencias para adultos mayores ayuda a aclarar algunas de las razones de los desafíos actuales a los que las enfermeras se enfrentan al trabajar en este entorno y contribuye a evitar problemas similares en el futuro.

Antes del siglo XX

Las instituciones que atendían a personas con enfermedades mentales, discapacidades del desarrollo o enfermedades contagiosas, ancianos o huérfanos eran comunes en la mayoría de los países de Europa a finales del siglo XVII. Por lo general, todos estos individuos eran alojados juntos, a menudo también con criminales. Dados la limitación de fondos y el escaso interés del público por estas poblaciones, la atención se limitaba a la custodia en el mejor de los casos.

En Estados Unidos, cualquier tipo de atención hospitalaria, fuera breve o a largo plazo, era escasa hasta el siglo XIX porque se esperaba que las personas respetables fueran atendidas en casa con ayuda privada o de la familia. Aunque el número de hospitales aumentó después de 1800, estas instituciones desalentaban las estancias prolongadas de personas pobres con trastornos crónicos. Las comunidades reaccionaron creando asilos, que se convirtieron en la principal fuente de atención institucionalizada. Con recursos limitados, la atención era, a lo sumo, básica.

Se esperaba que los residentes que eran aptos trabajaran en la institución. Muchos residentes recuperados sin una mejor opción en la comunidad permanecían en la institución y recibían alojamiento, comida y un salario muy exiguo a cambio de cuidar a otros residentes, cocinar y limpiar.

La principal preocupación de los administradores era la operación eficiente; ello se lograba a través de reglas y rutinas que daban a los residentes autonomía e individualidad de la atención mínimas. Durante esta era, el sociólogo Erving Goffman hizo un perfil de estos establecimientos, a los que llamó «instituciones totales» y las caracterizó como sigue (Goffman, 1961):

- Todas las actividades se realizan de la misma manera en el mismo lugar.
- Todos los individuos son tratados del mismo modo y deben realizar las mismas actividades y en los mismos horarios.
- Programación estricta e inflexible de las actividades.
- Reglas numerosas que se hacen cumplir de forma estricta.
- Actividades que refuerzan los objetivos de la institución en vez de servir a las necesidades de sus residentes.

Este enfoque de la atención hacía de los residentes presos más que individuos únicos necesitados de asistencia y, en combinación con el aislamiento de los usuarios respecto al grueso de la sociedad, causaba erosión de sus identidades y el desarrollo de apatía, inactividad y conductas desadaptativas y estereotipadas.

CONCEPTO CLAVE

Las muchas reglas y rutinas que se establecieron para mantener funcionando de manera eficiente las prime-ras instituciones que se fundaron hacían que los residentes se comportaran de manera anómala.

Durante el siglo XX

Hacia principios de la década de 1900, las instituciones públicas y caritativas comenzaron a sustituir a los asilos. Los residentes vivían en instituciones dedicadas a su población específica. Como los fondos seguían siendo escasos, se percibió poca mejoría.

Es importante hacer notar que no hubo una valoración cuidadosa de las necesidades especiales de las personas que requerían atención institucionalizada a largo plazo. No existía planificación estratégica ni se consideraban diferencias entre instituciones de atención prolongada para individuos dependientes frágiles y de otros tipos. No existía un modelo de atención de larga duración ni un conjunto de estándares que describieran las expectativas de atención específicas para esta población especial. Más bien, las instituciones que daban atención a largo plazo se modelaban a sí mismas como hospitales, prisiones y otras instituciones de ese período. Diseñarse a sí mismas como instituciones que atendían a poblaciones muy diferentes y con fines muy distintos era como tratar de introducir un cubo en un agujero circular; la ausencia de un modelo claro de atención institucional a largo plazo constituyó una base débil que afectó el crecimiento de este entorno clínico.

CONCEPTO CLAVE

Las residencias de atención a largo plazo se diseñaban como prisiones, hospitales y otras instituciones, sin seguir un modelo basado en las necesidades específicas de la población que atendían.

En 1935, la promulgación de la ley de seguridad social fue un medio para que muchas personas mayores buscaran alternativas a las instituciones públicas y caritativas en Estados Unidos. En respuesta a ello, comenzaron a aparecer instituciones pequeñas que ofrecían alojamiento, comida y alguna atención personal. Algunas de ellas eran manejadas por enfermeras o personas que así se hacían llamar; ésa es la causa de que se haya popularizado el término inglés para referirse a las residencias para adultos mayores, «*nursing homes*» (enfermera es *nurse* en inglés). En 1946, el gobierno de ese país contribuyó a la multiplicación de las residencias para ancianos al otorgar fondos para ayudar a construirlas a través de la Hill-Burton Hospital Survey and Construction Act. Como el nombre indica, el objetivo original de los fondos era ayudar a la construcción de hospitales; por lo tanto, las normas para el edificio que debían cumplirse para recibir fondos reflejaban las características deseables en un ambiente hospitalario para enfermos agudos. De hecho, a pesar de la diferencia significativa entre hospitales y residencias para adultos mayores no había normas específicas para estas últimas. En consecuencia, las residencias para adultos mayores construidas durante este tiempo y durante muchos años después, eran

réplicas de hospitales. Las residencias para adultos mayores parecían hospitales no sólo en sus características arquitectónicas sino también en su estilo de funcionamiento. Uniformes y sábanas blancos almidonados, horarios rígidos, residentes pasivos, políticas estrictas de visitas y restricción de mascotas eran algunas de las similitudes.

En la década de 1960, la creciente población mayor comenzó a ejercer su poder político al solicitar más y mejores servicios de salud. La promulgación de las leyes de seguridad social (Medicaid y Medicare) no sólo ayudó a aliviar la frustración de los hospitales por el número cada vez más grande de pacientes mayores que ocupaban sus camas por períodos prolongados, sino que pagó a las residencias para adultos mayores por proporcionar este servicio. Como resultado, entre 1960 y 1970 el número de residencias para ancianos aumentó más del doble, y el de usuarios, más del triple. Por desgracia, la mayoría de los propietarios y operadores de estas instituciones la conformaban individuos orientados a los negocios con experiencia y comprensión mínimas de los cuidados enfermeros. Las normas (regulaciones) federales eran mínimas y los sistemas de vigilancia y cumplimiento de la ley eran laxos.

Debido a las deplorables condiciones de las residencias para ancianos y la indignación pública resultante, el Department of Health and Human Services encargó al Institute of Medicine (IOM) que estudiara las residencias para enfermos crónicos y recomendara cambios. El estudio del IOM informó sobre problemas generalizados con la calidad de la atención y recomendó reforzar las regulaciones de las residencias para adultos mayores (Institute of Medicine, *Committee on Implications of For-Profit Enterprise in Health Care,* 1986). En respuesta, se crearon regulaciones muy estrictas para las residencias para personas mayores bajo la legislación conocida como Omnibus Budget Reconciliation Act of 1987 (OBRA 87). Esta ley requirió el uso de un instrumento de evaluación estandarizado, llamado Minimum Data Set (MDS); el diseño oportuno de un plan de atención escrito, la reducción del uso de sujeciones y fármacos psicotrópicos, más personal, protección de los derechos de los residentes, y capacitación de las asistentes de enfermería.

PARA REFLEXIONAR

¿Qué opiniones sobre las residencias para ancianos ha oído expresar a familiares, amigos y otros profesionales de la salud? ¿Cómo ha influido esto en su idea de trabajar en este entorno?

Lecciones que deben aprenderse de la historia

Como esta historia muestra, la falta de visión y de un modelo claro para la atención de larga duración contribuyó a la desorganización y confusión acerca del objetivo, función y estándares de las residencias para adultos mayores. Cuando la enfermera deja de ejercer el liderazgo, personas ajenas determinan los cuidados. La esencia de la atención de larga duración son los cuidados enfermeros; por lo tanto, ¿quiénes mejores que las enfermeras para definir los cuidados en un entorno de atención? Por desgracia, las enfermeras asumieron una postura reactiva pasiva y permitieron que

individuos con comprensión mínima de la atención dictaran la práctica enfermera. Cuando las enfermeras no intentan corregir problemas en el sistema de atención de la salud otros lo hacen y la percepción del público es que las enfermeras son parte del problema. Cuando las condiciones inadecuadas en las instituciones de atención de larga duración alcanzaron proporciones escandalosas, no fue la comunidad de enfermeras la que se sintió agraviada y demandó cambios, sino el público. Las enfermeras que trabajaban en residencias para adultos mayores presenciaron y denunciaron condiciones inferiores a las normas, pero no emprendieron la acción pública organizada para introducir cambios. Las enfermeras que no trabajaban en residencias para adultos mayores con frecuencia criticaban las condiciones que las hacían permanecer alejadas de este ambiente de práctica, pero tampoco hicieron nada por mejorar la situación. Cuando no son parte de la solución, las enfermeras crean la percepción de que son parte del problema.

El pensamiento empresarial puede beneficiar a las enfermeras y los pacientes. En la era de rápida proliferación de las residencias para adultos mayores, muchos empresarios vieron la oportunidad de obtener considerables ganancias económicas al poseer y gestionar instalaciones de atención de larga duración; como consecuencia, muchos se hicieron millonarios. No necesariamente eran más brillantes, ricos o trabajadores que las enfermeras, pero sí más hábiles para ver oportunidades y asumir riesgos. Al no ser empresarios ni poseer y gestionar residencias para adultos mayores, las enfermeras no sólo perdieron la oportunidad de beneficiarse en lo económico sino, lo que es más importante, carecieron de una posición de poder desde la cual influir en la calidad de la atención, la necesidad de personal, los salarios y otros aspectos críticos de la atención en residencias para adultos mayores.

Las lecciones anteriores deben ser importantes para las enfermeras y estudiantes en la actualidad, ya que observan a profesionales de las finanzas tomar decisiones que determinan la práctica clínica, trabajan en ambientes en que las plantillas de personal y los servicios están por debajo de los estándares aceptables, y ven surgir nuevos servicios e instituciones en respuesta a la posible ganancia más que a la necesidad.

PARA REFLEXIONAR

¿Qué haría si trabajara en un sitio en que la calidad de la atención fuera inferior a la norma?

ATENCIÓN INSTITUCIONALIZADA DE LARGA DURACIÓN EN LA ACTUALIDAD

Las condiciones de las residencias para adultos mayores, ahora llamadas comúnmente residencias para enfermos crónicos, han mejorado, debido en gran medida a regulaciones federales y aumento del interés profesional por este ambiente de cuidados. Debe haber personal cualificado de servicio las 24 h del día, las auxiliares de enfermería han de concluir un proceso de certificación, ha disminuido el uso de restricciones químicas y físicas, y la documentación ha mejorado. Sin embargo,

persisten los problemas. Temas como la insuficiencia e inconsistencia del personal y la alta rotación, además de trastornos como úlceras por presión, deshidratación y desnutrición, siguen plagando este entorno de trabajo.

Estándares de las residencias para adultos mayores

La mayoría de las residencias para adultos mayores se preocupa por cumplir las regulaciones. Éstas describen estándares mínimos que esos establecimientos deben satisfacer a fin de apegarse a la ley y acreditarse para recibir pagos de aseguradoras (recuadro 37-1). Debe hacerse hincapié en que estos estándares son los mínimos que deben satisfacerse para que las instituciones cumplan la ley y sean certificadas y autorizadas.

RECUADRO 37-1 Regulaciones relacionadas con residencias para adultos mayores

- Derechos de los usuarios.
- Derechos de ingreso, transferencia y alta.
- Comportamiento del usuario y prácticas de la institución.
- Calidad de vida.
- Servicios enfermeros.
- Servicios nutricionales.
- Servicios médicos.
- Servicios de rehabilitación especializados.
- Servicios dentales.
- Servicios de farmacia.
- Control de infecciones.
- Ambiente físico.
- Administración.

Los estados pueden agregar normativas a las regulaciones federales básicas y crear estándares más altos que las instituciones están obligadas a cumplir. Asimismo, la Joint Commission publica estándares superiores a los que las instituciones pueden optar sumarse de manera voluntaria (los estándares se publican en manuales de acreditación fáciles de obtener). Es crucial que las enfermeras que trabajen en este ambiente se familiaricen con las regulaciones pertinentes a las residencias para adultos mayores en la localidad específica.

Usuarios de las residencias para adultos mayores

Las personas que buscan atención en residencias para adultos mayores de larga duración son aquellas funcionalmente dependientes como resultado de deterioro físico o mental. Por lo tanto, es el nivel de funcionamiento y no el diagnóstico médico lo que influye en la necesidad de cuidados de larga duración. Por lo general, los usuarios de residencias para adultos mayores tienen deficiencias en su capacidad para realizar todas las actividades de la vida diaria; muchos sufren de incontinencia y deterioro cognitivo. Casi todos los usuarios de residencias para enfermos crónicos son

personas mayores, con un promedio de edad de 85 años (National Center for Health Statistics, 2007). El 55% de los usuarios de esas residencias tiene más de 65 años, 42% lo conforman adultos de menos de 65 años y 3% lo constituyen niños. En cualquier momento dado, sólo 5% de la población de mayores vive en estos entornos, aunque, como ya se dijo, un mayor porcentaje necesitará esta forma de atención en algún momento de su vida (National Center for Health Statistics, 2007).

Para la mayoría de estos usuarios, el ingreso a una residencia para enfermos crónicos no fue la primera elección o la más deseable. En muchas situaciones, los familiares intentaron prestar los cuidados, pero las necesidades de atención excedieron las capacidades de la familia. En el momento en que se toma la decisión de buscar una residencia para adultos mayores, muchos familiares están agotados en los aspectos físico, emocional y económico, lo que se suma a la culpa, depresión y frustración que sientan acerca de la situación. Con frecuencia, la crisis demanda ingresar al paciente en una residencia para adultos mayores, lo cual deja a los familiares con la necesidad de buscar y elegir una en circunstancias poco ideales. Una función importante de la enfermera gerontológica es ayudar a los usuarios y sus familiares a afrontar los desafíos de seleccionar una residencia para adultos mayores y ajustarse a ella (recuadros 37-2 y 37-3).

Funciones y responsabilidades de los profesionales enfermeros

Como ya se mencionó, los cambios regulatorios desde OBRA 87 impusieron nuevas demandas a las residencias para adultos mayores en cuanto a la ejecución competente de la valoración de los usuarios, la planificación de los cuidados, el aseguramiento de la calidad y la protección de los derechos de los usuarios. El aumento de las demandas y complejidades de las residencias para adultos mayores hizo necesario emplear a enfermeras muy competentes en este entorno.

En la actualidad, la mayor parte de la atención en residencias para adultos mayores es suministrada por personal enfermero no certificado. Esto impone mayores demandas al personal certificado; las enfermeras no sólo deben supervisar el estado de los usuarios, sino que además tienen que vigilar la competencia y el desempeño de los cuidadores no certificados (fig. 37-1). La educación del personal, la definición de roles, la supervisión adecuada, la facilitación, la evaluación del desempeño y la corrección de problemas de la práctica son responsabilidades de la mayoría de las enfermeras de atención de larga duración aparte de sus principales competencias clínicas y administrativas.

RECUADRO 37-2 Factores que deben considerarse al seleccionar una residencia para adultos mayores

COSTO

- Tarifa diaria.
- Tipo de seguro de salud aceptado.
- Desembolsos necesarios para complementar el seguro de salud.
- Servicios cubiertos y excluidos en la tarifa diaria.

- Cargo por servicios no cubiertos en la tarifa diaria.
- Política acerca de la atención del usuario cuando se ha alcanzado el límite de la cobertura del seguro.

FILOSOFÍA DE ATENCIÓN

- Custodia o recuperación/rehabilitación.
- Promoción de independencia e individualidad.
- Fomento de la participación activa de usuarios y familiares en los cuidados.

ADMINISTRACIÓN

- Estructura organizacional.
- Propiedad.
- Accesibilidad y disponibilidad de administrador, director de enfermería, director médico, jefes de departamento.
- Celebración de reuniones programadas con regularidad entre la administración y usuarios y familiares.

SERVICIOS ESPECIALES

- Disponibilidad de podología, logopedia, terapia ocupacional, fisioterapia, transporte, sala de belleza/barbería.
- Costo de servicios especiales.
- Condiciones y arreglos para transferir al hospital.

PERSONAL

- Número de cuidadores disponibles en un turno típico.
- Proporción de enfermeras registradas, auxiliares de enfermería certificados y cuidadores respecto al número de residentes.
- Número de supervisores en servicio activo durante un turno típico.
- Frecuencia y tipo de educación dentro del servicio ofrecida al personal.
- Aspecto, imagen proyectada por el personal.
- Calidad de las interacciones entre personal y usuarios.
- Cortesía, disposición a ayudar del personal.

USUARIOS

- Limpieza, arreglo personal, aspecto general.
- Tipo de ropa que visten (pijamas, ropa de calle, si está limpia, arrugada).
- Nivel de actividad.
- Interacción cordial con el personal y otros residentes.

INSTALACIONES FÍSICAS

- Limpieza, atractivo, olor a fresco.
- Facilidad de uso para personas discapacitadas y frágiles.
- Iluminación.
- Control de ruido.
- Áreas seguras para caminar.
- Precauciones generales para incendios y seguridad.
- Proximidad de baños, comedores, salas de actividades, estaciones de enfermeras y salidas hacia las habitaciones de los usuarios.
- Visibilidad de los usuarios para el personal.
- Áreas exteriores para los usuarios.

COMIDAS

- Horario de comidas.
- Tipo de comida que se sirve.
- Atractivo y temperatura de la comida que se sirve.

- Disponibilidad del personal para ayudar a los usuarios a la hora de la comida.
- Sitio en que los usuarios comen (p. ej., dormitorio, comedor comunal).
- Disponibilidad de nutricionista o dietista para consulta.
- Variedad de dietas especiales.
- Posibilidad de sustituir ingredientes, preferencias étnicas.
- Disponibilidad de bocadillos entre comidas.

ACTIVIDADES

- Horario de actividades en un sitio visible.
- Variedad y frecuencia de actividades.
- Posibilidad de que familiares y visitantes participen en actividades con los usuarios.
- Existencia de un consejo de usuarios.
- Mecanismos para que los usuarios participen en la planificación y evaluación de actividades.
- Oportunidad para que los usuarios participen en actividades fuera de la institución.
- Variedad de actividades a pie de cama.

ATENCIÓN

- Cuidados básicos diarios proporcionados.
- Frecuencia de contacto con personal titulado.
- Manejo de problemas especiales; incontinencia, confusión, vagabundeo, inmovilidad.
- Esfuerzos por incrementar movilidad y funcionamiento.
- Respeto de dignidad, privacidad e individualidad de los usuarios.
- Frecuencia con que ocurren complicaciones (p. ej., úlceras por presión, deshidratación, infecciones).
- Manejo de incidentes poco frecuentes, urgencias.
- Evaluaciones por autoridades reguladoras.

PARTICIPACIÓN FAMILIAR

- Se ofrece a los familiares preparación previa al ingreso.
- Orientación y apoyo continuos a las familias.
- Frecuencia de conferencias familiares.
- Mecanismos de comunicación con familiares, participación de éstos en los cuidados.
- Políticas de visita.

NECESIDADES ESPIRITUALES

- Afiliación religiosa de la institución, en su caso.
- Disponibilidad de capilla, sinagoga, sala de meditación.
- Visitas de clérigos.
- Medidas para ayudar a los usuarios a satisfacer sus necesidades espirituales.

RECUADRO 37-3 Medidas para ayudar a los familiares al ingreso de un familiar en una residencia para adultos mayores

ANTES DEL INGRESO

- Alentar a los familiares a visitar la institución y asignar un período sin interrupciones para pasarlo con ellos. Revisar información básica sobre el lugar y sus rutinas, sin saturarlos. Presentarlos a la directora de enfermería, el director médico, el administrador y otros miembros clave del personal.
- Pedir información sobre el usuario para que el personal comprenda sus necesidades, preferencias e historia únicos. Demostrar interés por el usuario como individuo.
- Acompañar a los familiares a un área privada y darles la oportunidad de expresar sus preocupaciones y

sentimientos. Transmitirles que es normal que las familias se sientan culpables, irritables y deprimidas por el hecho de que un ser querido ingrese en una residencia para enfermos crónicos; asegurarles que esos sentimientos mejorarán con el tiempo. Indicarles que no es raro que el usuario se sienta furioso contra ellos al principio, les suplique llevarlo a casa o los rechace; asegurarles que a medida que el usuario se adapta a la institución esas reacciones suelen disminuir.

- Describir los derechos y responsabilidades de las familias dentro de la institución.
- Darles una descripción por escrito de los hechos comunicados verbalmente.

AL INGRESO

- Tratar de que un miembro del personal que se haya reunido con los familiares antes del ingreso los atienda y acompañe durante todo el proceso de ingreso.
- Informar a los familiares de la ubicación de la cafetería, máquinas expendedoras y baños. Si es posible, ordenar una bandeja de bocadillos o comida para los familiares de modo que puedan acompañar al usuario en su primera comida en la institución.
- Hacer los arreglos para que los miembros del personal que atenderán al usuario se presenten a la familia. Es conveniente que escriban sus nombres en un papel que la familia pueda consultar para referencia futura.
- Presentar a los familiares a la familia de otro usuario y alentarlos a crear un vínculo. A menudo las familias pueden darse considerable apoyo mutuo y hacer más placenteras las visitas.
- Dar a los familiares la secuencia anticipada de sucesos para el usuario (p. ej., será examinado por el médico esta tarde, acudirá a una actividad en grupo por la noche, irá a fisioterapia mañana por la mañana). Informarles las fechas y horas para las reuniones de planificación de los cuidados y otros acontecimientos en los que están invitados a participar.
- Alentar a los familiares a irse a casa a una hora razonable. Insistir que el proceso de ingreso es agotador para ellos y para el usuario, y que a ambos les beneficiará descansar. Expresar comprensión de que tal vez ellos y el usuario tengan muchos sentimientos desagradables en este momento, pero que éstos suelen mejorar con el tiempo.

DURANTE LAS VISITAS

- Alentar a los familiares a participar de manera activa en la planificación y realización de las actividades de cuidados. Instruirlos sobre aquellas que puedan efectuar, como alimentar, dar palmadas en la espalda, auxiliar en los ejercicios de rango de movimiento, ayudar al arreglo personal.
- Sugerir actividades que la familia pueda compartir con el usuario durante las visitas (p. ej., juegos de naipes, llevar una mascota, crear un álbum de fotos, leer, armar rompecabezas, decorar un tablero de mensajes). De ser posible, llevar al usuario a una sala de actividad o al aire libre para la visita y alentar a la familia a sacarlo de la institución durante períodos breves.
- Alentar el contacto entre la familia y el usuario.
- Ofrecer privacidad y respetarla durante las visitas.

EN GENERAL

- Ser cortés y paciente. Recuerde que tener un familiar en una residencia para enfermos crónicos es difícil y puede causar diversas reacciones que es posible que se trasladen al personal.
- Llamar a la familia cuando haya un cambio en el estado del usuario o un incidente en que esté implicado.
- Escuchar las quejas e investigar. Alentar a los familiares a discutir problemas y preocupaciones con el personal al nivel de la unidad.
- Invitar a la familia a participar en la planificación y prestación de los cuidados al máximo posible.

Eliopoulus, C., (1990). Understanding and supporting families. *Long-Term Care Educator, 1*(5), 6.

Las enfermeras gerontológicas tienen cada vez más oportunidades para desempeñar diversos roles en la institución. Pueden realizar funciones administrativas y de dirección como directora de enfermería, supervisora, coordinadora de las enfermeras de la unidad o enfermera de referencia; desempeñar roles especializados, como directora de desarrollo de personal, coordinadora de aseguramiento de calidad,

coordinadora de control de infecciones, enfermera especialista en geropsiquiatría o enfermera especialista en rehabilitación. Por supuesto, las enfermeras también pueden suministrar cuidados directos a los usuarios. Cada uno de estos roles requiere competencias más allá de los cuidados básicos, lo cual desafía a las enfermeras a obtener educación y experiencia adicionales a fin de asegurar la satisfacción competente de esos roles especializados. La American Association for Long Term Care Nursing ha publicado descripciones de los puestos y competencias centrales para los principales roles en atención de larga duración; para aprender más puede visitarse http://www.ltcnursing.org.

Figure 37.1 ■ Las enfermeras trabajan con otros miembros del equipo de salud para asegurar la calidad de los cuidados que los usuarios de residencias para enfermos crónicos reciben.

Las enfermeras influyen de diversas maneras en la calidad de la atención provista a los residentes. Las valoraciones al ingreso y la ejecución del instrumento de valoración MDS son coordinadas por una enfermera registrada, y la mayoría de las entradas del MDS se basa en la valoración enfermera. Los problemas identificados a través del instrumento de valoración MDS dirigen la actividad de planificación de los cuidados. El plan de cuidados por escrito guía las acciones de las enfermeras; las agencias regulatorias obligan al personal a refrendar que los planes de atención sean exactos y se cumplan. Las enfermeras se aseguran de que los auxiliares de enfermería suministren cuidados de manera apropiada y vigilan a los usuarios para evaluar la eficacia de la atención y detectar cambios en el estado de aquéllos. En el recuadro 37-4 se enumeran algunas de las principales responsabilidades de las enfermeras en este entorno.

RECUADRO 37-4 Principales responsabilidades de las enfermeras gerontológicas en residencias para enfermos crónicos

- Ayudar a los usuarios y familiares a seleccionar la institución y adaptarse a ella.

- Valorar al usuario y crear un plan de atención individualizado con base en los datos de la valoración.
- Vigilar el estado de salud de los usuarios.
- Recomendar y usar técnicas de cuidados de rehabilitación y recuperación cuando sea posible.
- Evaluar la eficacia e idoneidad de la atención.
- Identificar cambios en las condiciones de los usuarios y tomar las medidas apropiadas.
- Comunicarse con el equipo interdisciplinar y coordinar la atención.
- Proteger los derechos de los usuarios y abogar por ellos.
- Promover una alta calidad de la vida de los usuarios.
- Asegurarse de que se honren las preferencias y elecciones de los usuarios.
- Asegurar y promover la competencia del personal enfermero.

CONCEPTO CLAVE

El Minimum Data Set es un instrumento de valoración estandarizado que debe aplicarse al ingreso, siempre que haya un cambio en el estado del usuario y cada año.

A diferencia de muchos otros entornos clínicos, la residencia para adultos mayores promedio no tiene médicos ni otros profesionales físicamente todo el tiempo. Aunque esto impone una mayor carga a las enfermeras para valoración y manejo de problemas, les da la oportunidad de funcionar de manera independiente y usar una amplia gama de conocimientos y habilidades. La práctica enfermera independiente y la capacidad para establecer relaciones a largo plazo con usuarios y familiares están entre las características alentadoras en este entorno de cuidado.

Comunidades asistidas

En años recientes han aumentado las comunidades asistidas como una opción para individuos que necesitan alguna ayuda con las actividades de la vida diaria, pero cuyas necesidades no son lo suficientemente complejas para justificar la atención de enfermería 24 h al día los 7 días de la semana. Las residencias asistidas no están sujetas a las estrictas regulaciones que rigen las residencias para adultos mayores y cuentan con menos enfermeras certificadas. Mientras que el número de camas en las residencias para ancianos ha venido declinando, el de camas en comunidades o residencias asistidas ha aumentado, lo cual apoya una tendencia hacia este tipo de atención. En el momento actual, la mayor parte de la atención en ambientes asistidos se paga de forma privada. Las enfermeras geriátricas tienen el desafío de asegurar que se diseñen y apliquen los estándares de atención apropiados en este entorno para evitar las deficientes condiciones que acompañaron a las primeras residencias para adultos mayores y abogar por diversas opciones de pago de los ambientes asistidos para aquellos individuos que carecen de fondos privados para costear esta atención.

EL FUTURO: UN NUEVO MODELO DE ATENCIÓN DE LARGA DURACIÓN

Como refleja la exposición de este capítulo, la atención de larga duración, que estaba

basada solo en las instalaciones (p. ej., residencias), emergió sin un modelo claramente definido. Más que un tapiz con una amplia gama de intervenciones terapéuticas que permitan a las personas confiar en otros para recibir asistencia a largo plazo a fin de tener salud y bienestar físicos, psicosociales y espirituales óptimos, las residencias para enfermos crónicos son como una colcha hecha de parches mal cosidos formados por atención médica tradicional precariamente unidos entre sí por puntadas titubeantes de regulaciones y reglas institucionales.

Dado que la mayoría de las necesidades de los usuarios y las actividades de atención en los entornos de larga duración está dentro del ámbito de los cuidados, son las enfermeras la elección lógica de profesionales para definir el modelo de atención a largo plazo. Una vez reconocidas las limitaciones del modelo médico en las residencias para adultos mayores, los temas del nuevo modelo podrían ser holismo y sanación. En la figura 37-2 se presenta una jerarquía de necesidades de los usuarios que puede ayudar a las enfermeras formadas y en formación a visualizar este nuevo modelo, y desafiarlas a considerar un diseño para los servicios de atención de larga duración que exceda los requisitos mínimos. Los niveles de necesidades mostrados incluyen higiene, holismo y sanación.

La *higiene* comprende las necesidades más básicas (incluidas las fisiológicas), asegurarse de la ausencia de riesgos en el ambiente humano y físico, el tratamiento de los trastornos médicos y la restauración, estabilización o ambas de la salud física y mental. La supervivencia básica depende de la satisfacción de estas necesidades; sin embargo, el que se satisfagan no asegura una vida plena y satisfactoria.

Al nivel del *holismo* se consideran los aspectos psicológico, social y espiritual. Para alcanzar armonía y equilibrio entre mente, cuerpo y espíritu, los individuos necesitan ejercer sus derechos individuales, asumir responsabilidad en el autocuidado al máximo grado posible, prevenir pérdidas y disfunción evitables, y experimentar una relación dinámica con la comunidad dentro y fuera de la institución.

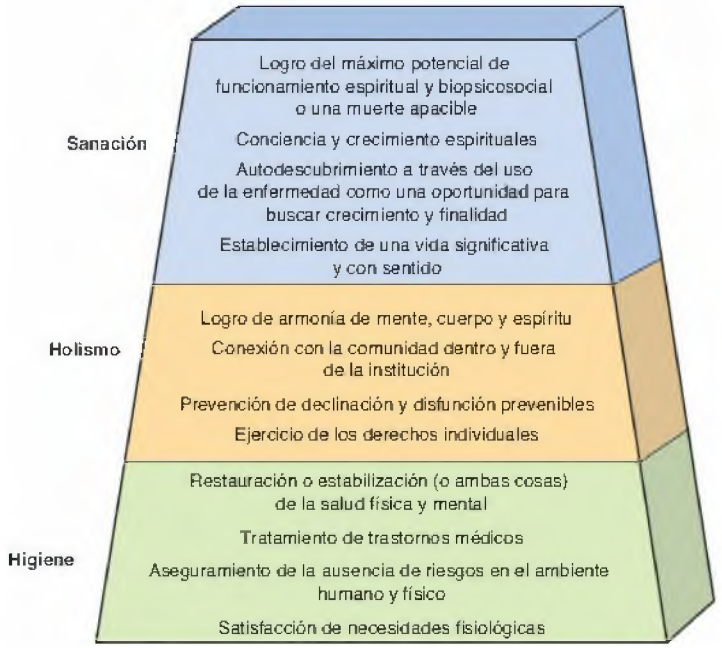


Figure 37.2 ■ Jerarquía de necesidades de los usuarios de residencias para adultos mayores. (Tomada de Eliopoulus, C., 2007. Transforming nursing homes into healing centers: A holistic model for long-term care. Glen Arm, MD: Health Education Network.)

La satisfacción de las necesidades de higiene y holismo constituye la base para que la *sanación* tenga lugar. Sanación no implica curación sino, más bien, el establecimiento de una vida significativa y con finalidad, usando la enfermedad como una oportunidad para el autodescubrimiento, la profundización de la consciencia espiritual y el crecimiento, y la trascendencia del ser físico.

Entretejidas en este modelo de holismo y sanación se encuentran las siguientes suposiciones (Eliopoulos, 2007):

- El bienestar psicológico, social y espiritual reviste la misma importancia (y a veces más) que el bienestar físico.
- Supervisión y tratamiento médicos son sólo un componente de las necesidades globales de los usuarios.
- Muchas de las necesidades que resultan de trastornos crónicos pueden satisfacerse de manera eficaz y segura con el uso de terapias alternativas y complementarias.
- La presencia y las interacciones de los cuidadores influyen en la salud, la sanación y la calidad de vida en la institución.
- El ambiente físico puede usarse como un recurso terapéutico.
- La residencia para adultos mayores es un componente integral y miembro activo de

la comunidad en su conjunto.

El movimiento de *cambio cultural* ha sido un paso positivo en el sentido de apoyar este nuevo modelo de atención de larga duración. Entre los elementos del cambio cultural suelen incluirse creación de un ambiente físico más doméstico que institucional, asignación consistente de tareas al personal, individualización de los cuidados para satisfacer las necesidades y los deseos específicos de los usuarios, fomento de relaciones positivas, oferta de oportunidades educativas para el personal y empoderamiento de los usuarios y sus cuidadores. La Eden Alternative fue uno de los primeros programas de cambio cultural que proporcionaron la visión de otra calidad de vida para los usuarios de residencias para adultos mayores. Su fundador, el Dr. Bill Thomas, sembró la semilla de que las residencias para adultos mayores necesitaban ofrecer a los usuarios una vida que valiera la pena vivir. Muchas de tales instituciones han adaptado los principios Eden para proporcionar un ambiente más hogareño, alentar y respetar la toma de decisiones de los usuarios, y fomentar relaciones de mayor calidad entre los usuarios y sus cuidadores. Varios años después de la aparición de la Eden Alternative, se lanzó el Wellspring Program. Con énfasis en medidas de mejora de la calidad, Wellspring intentaba abogar por un mayor empoderamiento de usuarios y empleados cuidadores directos y mejor calidad de vida para los usuarios. En 2012, el Wellspring Program se unió a la familia de la Eden Alternative para ofrecer la programación expandida del movimiento de cambio cultural, surgida de la sinergia de estos dos programas dinámicos.

Continuando su impacto en la redefinición de los cuidados en residencias para enfermos crónicos, en 2003 el Dr. Bill Thomas conceptualizó el Green House Project como un intento de diseñar la residencia para ancianos ideal a partir de cero. El modelo consistió en pequeñas casas independientes, donde cada casa con 8 a 10 usuarios recibe atención individualizada y disfruta de un ambiente más hogareño. Los miembros del personal de atención directa reciben capacitación cruzada en roles, de modo que el mismo empleado de atención directa puede disponer el desayuno en la casa, lavar y secar la ropa, y ofrecer cuidados personales a los usuarios. La investigación ha mostrado que además de fomentar la calidad de vida, estas casas reducen complicaciones y hospitalizaciones susceptibles de evitarse.

Existe amplitud de miras para el rediseño de la atención a largo plazo. El desafío será ofrecer alta calidad de vida para mayores que necesitan servicios de atención a largo plazo cada vez más complejos en ambientes más domésticos que institucionales. Los cuidados enfermeros son un componente esencial y crucial de cualquier mode-lo de atención de larga duración; por tanto, las enfermeras deben ejercer liderazgo en el redesarrollo de esta forma de atención. Las enfermeras gerontológicas deben reasumir el rol sanador de la enfermería y generar una nueva visión de los cuidados a largo plazo que permita a los usuarios de residencias para adultos mayores experimentar la más alta calidad de vida y de cuidados posible para el resto de sus vidas.

PARA REFLEXIONAR

Si diseñara un centro de atención a largo plazo que promoviera el holismo y la sanación, ¿cómo sería?

LLEVANDO LA INVESTIGACIÓN A LA VIDA

CAMBIOS EN SÍNTOMAS DE DEPRESIÓN, APOYO SOCIALY SOLEDAD EN EL AÑO SIGUIENTE A UN PROGRAMA DE VIDEOCONFERENCIAS DURANTE UN MÍNIMO DE 3 MESES PARA USUARIOS DE RESIDENCIAS PARA ADULTOS MAYORES

Tsai, H. H., & Tsai, Y. F. (2011). Journal of Medical Internet Research, 13(4), 93–95.

En este estudio se evaluaron los efectos a largo plazo (en el transcurso del año siguiente) de una intervención en la forma de videoconferencias para mejorar el apoyo social, la soledad y los síntomas de depresión en usuarios de residencias para adultos mayores. Con el uso de ordenadores portátiles y la ayuda de un asistente de investigación, se pidió a los usuarios que usaran la Internet al menos 5 min cada semana para una videoconferencia con un familiar o allegado.

Mientras que en un estudio previo no se demostró que este recurso marcara una diferencia en depresión y soledad, el presente estudio comprobó que alivió la soledad y mejoró la depresión cuando se evaluó a los usuarios a intervalos de 3, 6 y 12 meses. Se supuso que un factor responsable de esta diferencia fue el que los usuarios no sólo aprendieron a usar la Internet, sino que además tenían videoconferencias programadas para comunicarse con familiares y allegados. El uso de estas interacciones disminuyó con el tiempo, lo cual se atribuye a que se diluyó la novedad, no se contaba con personal que ayudara a los usuarios a manejar el ordenador y no había recordatorios para que los familiares se conectaran en la videoconferencia.

A medida que la cantidad de personas con experiencia en el uso de Internet que ingresan en residencias para adultos mayores y comunidades asistidas aumente, las videoconferencias como una manera de permanecer conectado con la familia y los amigos se convertirán en una actividad importante para los usuarios. Es necesario que las enfermeras no sólo aboguen para que esta tecnología esté al alcance de los usuarios, sino que también los apoyen en el uso del ordenador y la programación de videoconferencias conforme disminuye su capacidad de hacerlo de modo independiente. La calidad de vida de los usuarios puede mejorarse manteniendo la comunicación con contactos en la comunidad.

REALIDADES PRÁCTICAS

La enfermera Rodríguez trabajó en una residencia para adultos mayores sin ánimo de lucro que estableció el programa para el cambio cultural. Los

usuarios podían ir al comedor cuando lo desearan y seleccionar de un extenso menú. Los patrones de asignación de personal, no escaso, permitían no sólo una atención de alta calidad, sino también actividades individualizadas. Los usuarios contaban con ayuda para decorar sus dormitorios de una forma que reflejara sus preferencias individuales, desde la selección de una gama de colores.

Debido a que su familia se mudó a otra ciudad, la enfermera Rodríguez tuvo que buscar un nuevo empleo. Aceptó un puesto como directora de enfermería en una residencia para adultos mayores del centro. Esta institución es lucrativa, se construyó en la década de 1960 y ha sufrido pocas modificaciones desde entonces. Dado que las plantillas de personal son muy básicas, la atención está orientada a las tareas y los usuarios deben ajustarse a un horario rígido de comidas y baño. Preocupada, la enfermera Rodríguez habla con el administrador y le expone los beneficios del cambio cultural. Ella propone contrataciones y cambios operativos que harían posible esta transformación. El administrador es amable pero le explica que no hay fondos para esos cambios. «¿Cómo es posible entonces que la última residencia para adultos mayores en que trabajé pudiera ofrecer esos beneficios a los usuarios?», pregunta ella.

«Era una institución no lucrativa con fondos adicionales de una organización religiosa. En cambio, nosotros sólo admitimos usuarios que cuentan con Medicaid o Medicare y tenemos que depender de estos fondos. El reembolso que recibimos apenas cubre los servicios básicos que ofrecemos», replica el administrador.

La enfermera Rodríguez está preocupada por la desigualdad y considera que todos los usuarios deberían tener acceso a la mejor atención posible.

¿Qué haría si fuera la enfermera Rodríguez?

EJERCICIOS DE PENSAMIENTO CRÍTICO

1. Considerar las expectativas que la generación de la segunda posguerra (los nacidos entre 1946 y 1964) tendrá cuando utilice instituciones de atención de larga duración en el futuro y delinear características ambientales, servicios y operaciones de esas instituciones.
2. Imagine que usted es director de enfermería en una institución de atención a largo plazo y describa:

- Actividades que podrían planearse para alentar a la comunidad local a participar en las actividades de la institución.
- Servicios que la institución podría ofrecer a las personas de la comunidad circundante.
- Programas y servicios que podrían ofrecerse a las familias de los usuarios.

3. Describir medidas que las enfermeras pueden tomar para mejorar las instituciones de atención de larga duración.

RECURSOS

American Assisted Living Nurses Association
http://www.aalna.org
American Association for Long-Term Care Nursing
http://www.ltcnursing.org
American Health Care Association
http://www.ahca.org
American Nurses Association, Inc., Council on Nursing Home Nurses
http://www.nursingworld.org
Eden Alternative
http://www.edenalt.org
Geriatric Advanced Practice Nurses Association
http://www.gapna.org
Green House Project
http://thegreenhouseproject.org
Leading Age(formerly American Association of Homes and Services for the Aging)
http://www.leadingage.org
National Association of Directors of Nursing Administration in Long-Term Care (NADONA)
http://www.nadona.org
National Consumer Voice for Quality Long Term Care
http://www.theconsumervoice.org
National Gerontological Nursing Association
http://www.ngna.org
Pioneer Network
http://www.pioneernetwork.net

REFERENCIAS

Centers for Disease Control and Prevention. (2012). *Fast facts, nursing home care*. Retrieved June 19, 2012 from http://www.cdc.gov/nchs/fastats/nursingh.htm

Eliopoulos, C. (2007). *Transforming nursing homes into healing centers: A holistic model for long-term care* (Rev. ed.). Glen Arm, MD: Health Education Network.

Goffman, E. (1961). *Asylums*. Garden City, NY: Anchor Books.

Institute of Medicine, Committee on Implications of For-Profit Enterprise in Health Care. (1986). Profits and health care: An introduction to the issues. In B. H. Gray (Ed.), *For-profit enterprise in health care* (pp. 3–18). Washington, DC: National Academy Press.

National Center for Health Statistics. (2007). *Nursing home residents age 65 and older by age, sex, and race*. Retrieved April 20, 2007 from http://www.cdc.gov/nchs/data/hus/hus06.pdf#102.

LECTURAS RECOMENDADAS

Las lecturas recomendadas relacionadas con este capítulo pueden encontrarse en el sitio web que acompaña al libro. Visítese **http://thepoint.lww.com/espanol-Eliopoulos8e** para acceder a las lecturas recomendadas y otros recursos adicionales vinculados con este capítulo.

CAPÍTULO 38

Atención proporcionada por la familia

RESUMEN DEL CAPÍTULO

La familia del adulto mayor

Identificación de los miembros de la familia.

Roles de los familiares.

Dinámica y relaciones familiares.

Alcance de la atención prestada por la familia

Protección de la salud de la persona mayor y el cuidador

Disfunción familiar y abuso

Recompensas de los cuidados proporcionados por la familia

El envejecimiento es un asunto familiar. Ya sea que se trate de la preocupación de un jubilado acerca de vivir y mantener a su familia con una pensión, la decisión de una hija madura de recibir a su madre en su casa con su propia familia o el intento de una hermana de atender en casa a su hermano moribundo, el impacto del proceso de envejecimiento de un individuo tiene un efecto de oleaje en toda la unidad familiar. Este impacto también se percibe cuando los miembros mayores de la familia requieren asistencia en las necesidades diarias y los cuidados. Las familias están absorbiendo responsabilidades más complejas de provisión de cuidados durante períodos más prolongados que nunca. Con cantidades crecientes de personas que rebasan los 75 años de edad y la tendencia a que individuos mayores muy enfermos

permanezcan en la comunidad, es probable que las cargas que los familiares cuidadores enfrentan sigan aumentando. El incremento de las mujeres en el mercado laboral, la movilidad de las familias y la complejidad de las estructuras familiares como resultado de divorcio y segundas nupcias complican las relaciones familiares y la provisión de cuidados por familiares. Las enfermeras deben comprender los diversos roles, estructuras y relaciones familiares a fin de trabajar con la máxima eficacia con personas mayores y sus cuidadores.

OBJETIVOS DE APRENDIZAJE

Después de estudiar este capítulo, el lector será capaz de:

1. Enumerar las diversas estructuras y funciones de las familias.
2. Discutir diversos roles que los familiares pueden asumir.
3. Describir las relaciones de una familia típica.
4. Identificar riesgos de los cuidadores y maneras de reducirlos.
5. Identificar signos de abuso al adulto mayor.
6. Plantear intervenciones para reducir la disfunción familiar.

CONCEPTOS BÁSICOS

Abuso al adulto mayor.: daño físico o emocional, negligencia, explotación económica, maltrato sexual o abandono de un individuo mayor.

Carga del cuidador: factores de estrés, desafíos y consecuencias negativas relacionados con el suministro de asistencia a una persona que la necesita.

Familia con generación ausente: familia en la cual un abuelo cría a un menor en ausencia de los progenitores.

Generación sándwich: personas maduras que atienden a sus propios hijos y a sus progenitores.

CONCEPTO CLAVE

Cada vez más familias prestan atención más compleja a sus miembros mayores durante períodos de tiempo más prolongados que nunca.

LA FAMILIA DEL ADULTO MAYOR

Casi cada individuo es parte de una unidad familiar, aunque es probable que esa familia no refleje el estereotipo de familia nuclear. De hecho, entre los mayores puede encontrarse una diversidad de estructuras familiares, como las siguientes:

- Parejas (casadas, no casadas, heterosexuales y homosexuales).
- Parejas con hijos (heterosexuales, homosexuales, casadas y no casadas).
- Progenitor y uno o más hijos.
- Hermanos.
- Grupos de individuos no emparentados.
- Dos o más generaciones.

Cuando se entrevista a personas mayores, es importante preguntar acerca de todas las personas «allegadas» al individuo que tienen un rol en la familia, sin importar que carezcan de parentesco o vivan con otra familia. Por ejemplo, una viuda puede tener una amiga con quien comparte un vínculo emocional estrecho o una prima en una comunidad cercana que le da asistencia y apoyo.

CONCEPTO CLAVE

Hay personas que no son miembros tradicionales de la familia pero pueden tener roles importantes como cuidadores.

Identificación de los miembros de la familia

Es posible identificar a los familiares buscando a aquellos individuos que cumplen funciones en la familia. En las familias que envejecen, las funciones familiares se modifican para cubrir las necesidades especiales de las personas mayores y se concentran en lo siguiente:

- Asegurar la satisfacción de las necesidades físicas.
- Dar apoyo emocional y confort.
- Mantener las conexiones con la familia y la comunidad.
- Manejar los asuntos monetarios.
- Crear un sentimiento de significado de la vida.
- Manejar crisis.

Hacer a las personas mayores las siguientes preguntas también facilita la identificación de personas cercanas que realizan funciones familiares para ellos:

- ¿Quién lo visita con regularidad?
- ¿Quién hace sus compras?
- ¿Quién lo acompaña a la clínica o al médico?
- ¿Quién lo ayuda con sus problemas o los resuelve?
- ¿Quién lo atiende cuando se enferma?
- ¿Quién lo ayuda a tomar decisiones?
- ¿Quién lo ayuda con los asuntos del banco, el pago de cuentas y el manejo de los asuntos monetarios?
- ¿A quién busca para que le dé apoyo emocional?

Todas las personas que realizan funciones familiares importantes deben incluirse en el diseño y la evaluación de los planes de atención para los mayores.

Roles de los familiares

Con frecuencia, los familiares asumen determinados roles como resultado de su proceso de socialización y las necesidades y expectativas de la familia. Algunos posibles roles son los siguientes:

- *Encargado de la toma de decisiones:* la persona a la que se confiere o que asume la responsabilidad de tomar decisiones importantes o a la que se acude en momentos de crisis; tal vez no esté geográficamente cerca o no participe en las actividades diarias, pero se le consulta para la resolución de problemas.
- *Cuidador:* la persona que suministra servicios directos, vela por el individuo o lo ayuda en el cuidado personal y el manejo de la casa.
- *Familiar problemático:* la «oveja descarriada» que se ha desviado de las normas de la familia; puede ser el chivo expiatorio o quien provee un sentido de finalidad a los familiares, que lo «rescatan» o compensan sus acciones.
- *Familiar dependiente:* individuo que depende de que los otros miembros de la familia le den asistencia económica o de cuidados.
- *Víctima:* persona cuyos derechos legítimos no se respetan y puede ser sometida a abuso físico, emocional, social o económico por la familia.

PARA REFLEXIONAR

¿Cómo es la dinámica en su propia familia extensa?
¿Qué roles y funciones diferentes realizan diversos miembros?

El impacto de estos roles debe explorarse al valorar la unidad familiar. Las enfermeras deben ser sensibles al hecho de que determinados roles «negativos» pueden no tener en la unidad familiar los efectos adversos que podrían anticiparse; de modo similar, es posible que los roles «positivos» no sean bienvenidos por la familia. Por ejemplo, el hijo maduro que va de un sitio a otro y contacta con regularidad con sus padres ancianos a fin de pedirles dinero para solventar su modo de vida porque tal vez no funcione como un adulto responsable, pero quizá les dé emoción y los haga sentirse necesarios, lo que constituye alguna forma de recompensa para ellos. Por otro lado, su hermano, responsable y con solvencia económica, que se encarga de los asuntos de los padres, tal vez sea menos popular en la familia a causa de su vida monótona y espíritu práctico.

CONCEPTO CLAVE

Aun roles que parecen negativos pueden ser fomentados y satisfacer determinadas necesidades de la familia.

Dinámica y relaciones familiares

La dinámica de los miembros de la familia puede tener efectos positivos o negativos en los individuos mayores. Al valorar la unidad familiar es útil explorar los siguientes aspectos:

- *Sentimientos mutuos en la familia.* ¿Se aman pero no se agradan, admiran, respetan o disfrutan entre sí? ¿Cómo se expresan afecto?
- *Modos de comunicación.* ¿Comparten los sucesos del día o sólo tienen contacto los días festivos? ¿Su estilo de interacción es de padre a hijo o de adulto a adulto?
- *Actitudes, valores y creencias.* ¿Consideran que los jóvenes deben cuidar de los viejos o que los hijos no les deben nada a sus padres? ¿Cuáles son sus expectativas acerca de familiares, amigos y sociedad? ¿Implica su fe determinadas responsabilidades?
- *Vínculos con organizaciones y la comunidad.* ¿Qué relaciones mantienen con personas de fuera de la unidad familiar? ¿Es la familia similar a otras de la comunidad?

Como se expuso en el capítulo 1, la mayoría de las personas mayores no es abandonada por sus hijos; una gran proporción disfruta del contacto regular con ellos. Sin embargo, en la cultura occidental los estilos de vida, la vivienda y las expectativas sociales no favorecen que las personas y sus hijos adultos vivan juntos. Casi todos los individuos mayores desean vivir en su propio domicilio, a ser posible, y lo hacen. El arreglo entre las generaciones de vivir bajo techos separados pero a menos de 30 min en auto es a menudo el más satisfactorio. Se entiende que padres e hijos se darán asistencia y compartirán una vivienda si surge una circunstancia inusual.

CONCEPTO CLAVE

La mayoría de las personas mayores y sus hijos prefieren vivir cerca entre sí pero no juntos.

Más de 9 de cada 10 personas mayores son abuelos. Ser abuelo puede ser una experiencia positiva para los mayores porque obtienen disfrute, afecto y un sentido de finalidad al cuidar a sus nietos sin el estrés de 24 h que representan las responsabilidades de la crianza de los hijos. En algunos casos los abuelos sí asumen tales responsabilidades; de hecho, ha habido un aumento en lo que se conoce como familias con generación ausente o con padres ausentes, en las cuales uno o ambos abuelos crían a nietos a falta de ambos progenitores. Es posible que los nietos den nuevos intereses y significado a la vida. A su vez, los nietos suelen recibir el beneficio de amor y atención incondicionales (fig. 38-1). Cuando los nietos se hacen adultos es frecuente que el apego a los abuelos disminuya, pero sigue existiendo un fuerte vínculo.

La relación entre hermanos es fuerte. El patrón típico es que los hermanos se separen durante la juventud y la madurez, pero que restablezcan fuertes lazos más adelante. Los hermanos son fuente de socialización, apoyo emocional y asistencia

económica, y de alojamiento. Por lo general, los conflictos y diferencias antiguos se hacen insignificantes a medida que los hermanos desarrollan relaciones de apoyo mutuo en la edad avanzada.

Las parejas mayores tienen una baja tasa de divorcios, aunque ésta va en aumento. Los matrimonios a menudo se estabilizan con el tiempo, conforme la pareja hace frente a una nueva interdependencia. Los cónyuges mayores buscan uno de otro constancia, apoyo y seguridad en un mundo imperfecto. Después de años de experimentar y reforzar las conductas del otro, el cónyuge entiende, anticipa y complementa las acciones de su pareja. Ambos buscan afecto y bienestar, y obtienen seguridad al tener a alguien disponible para cuidarlo.

Las relaciones en la edad avanzada se ven afectadas por la forma de las relaciones experimentadas durante toda la vida. Los progenitores que descuidaron a sus hijos o abusaron de ellos cuando eran niños pueden haber generado individuos que no quieren saber nada de ellos cuando se hacen adultos. Los hermanos con ira no resuelta a causa de favoritismo de los padres tal vez rehúsen a ayudarse cuando el hijo favorito cae en desgracia. Las parejas que nunca compartieron intimidad y amistad suelen vivir en mundos separados bajo el mismo techo. Las relaciones enriquecedoras durante cada etapa de la vida son una inversión que genera relaciones significativas y de apoyo más adelante.

FIGURA 38-1 ■ Las relaciones familiares afectuosas son beneficiosas para abuelos y nietos por igual.

CONCEPTO CLAVE

Los hijos que consideran que sus padres fueron insensibles a sus necesidades durante toda su vida tal vez rehúsen a atenderlos en su vejez.

ALCANCE DE LA ATENCIÓN PRESTADA POR LA FAMILIA

La mayor parte de los cuidados en casa para personas mayores la suministran familiares y no agencias formales. Se estima que más de 10 millones de personas intervienen en el cuidado de sus padres, lo que constituye alrededor de la mitad de quienes prestan cuidados de manera regular. Más de 45% de los cuidadores tiene 65 años de edad o más. Más o menos la mitad de los cuidadores de mayores son esposas; el siguiente grupo más grande de cuidadores lo constituyen hijas y nueras. De hecho, en la actualidad la mujer promedio pasará más tiempo cuidando a sus padres que a sus hijos; a menudo, estas mujeres son responsables de la atención de sus padres e hijos al mismo tiempo, lo cual hace que se les llame la «generación sándwich». Cada vez más personas con trabajo de tiempo completo también tienen responsabilidades de atención de un familiar.

CONCEPTO CLAVE

La mayor parte de los cuidados en casa para personas mayores la suministran familiares, no instituciones formales.

Las familias dan muchos tipos de asistencia a sus miembros mayores (recuadro 38-1). Con frecuencia, la provisión de asistencia es un proceso gradual y sutil. Por ejemplo, una hija puede comenzar por telefonear a su madre después de que ésta vuelve de una visita al médico y preguntarle acerca de cambios en la medicación. Pasado un tiempo, es posible que la hija acompañe a la mujer al consultorio, discuta la medicación directamente con el médico y llame a la madre para vigilar la respuesta a los fármacos. Con el tiempo, es probable que la hija deba ayudar a la mujer a subir y bajar del coche, llevarla al consultorio del médico en una silla de ruedas, desvestirla para la exploración y administrarle los medicamentos con regularidad.

RECUADRO 38-1 Tipos de asistencia que las familias prestan a sus miembros mayores

Mantener y limpiar la casa.
Manejar los asuntos monetarios.
Ir de compras.
Transporte.
Procurar oportunidades de socialización.
Consejo.

Explicación.
Resolución de problemas.
Seguridades.
Compañía al consultorio del médico y el hospital. Negociación de servicios.
Cocina y comidas.
Recordatorio de horarios de medicación y citas médicas, y tomar medidas al respecto.
Vigilancia y administración de fármacos.
Administración de tratamientos.
Supervisión.
Protección.
Baño y vestido.
Alimentación.
Uso del inodoro.
Ayuda en la toma de decisiones.

PARA REFLEXIONAR

Si de improviso usted se viera en la necesidad de prestar cuidados a un progenitor o familiar mayor, ¿cómo cambiaría su vida y cómo manejaría las nuevas responsabilidades?

PROTECCIÓN DE LA SALUD DE LA PERSONA MAYOR Y EL CUIDADOR

Una familia es una fuerte cadena de experiencia humana que une a sus miembros a través de los desafíos y las alegrías de la vida; sin embargo, esa cadena sólo es tan fuerte como su eslabón más débil. La enfermera gerontológica eficaz reconoce que debe mantener y promover la salud de todos los miembros de la familia.

El mantenimiento de la independencia de las personas mayores facilita la normalidad en las relaciones familiares. Tener que vivir con familiares o ser atendido por ellos puede amenazar el estatus y los roles de las personas mayores y causar ira, resentimiento y otros sentimientos (*v.* Razonamiento del diagnóstico enfermero). Son cruciales las prácticas de salud sensatas para prevenir enfermedad y discapacidad, y de este modo mantener la capacidad de autocuidado y la independencia. En caso de enfermedad, deben tomarse medidas activas para evitar complicaciones y restablecer el estado de salud de la persona afectada. Intervenciones como modificaciones del ambiente, ayuda económica, envío de comidas a domicilio, ayuda con las diligencias, transporte en caso de discapacidad física, seguridades por teléfono o compañía en casa pueden obviar los déficits y reforzar las reservas de la persona mayor para la vida independiente.

CONCEPTO CLAVE

Con frecuencia, los cuidadores de personas mayores son a su vez ciudadanos mayores.

Si el cuidador es un cónyuge o hermano, es probable que también sea de edad

avanzada. Incluso los hijos de la persona mayor pueden ser también mayores. La salud física, emocional y social de los cuidadores debe evaluarse de manera periódica para asegurarse de que sean competentes para proporcionar los servicios requeridos y no se pongan en peligro a sí mismos en el proceso. Deben tomarse medidas para lo que las enfermeras geriátricas llaman CAC de los cuidadores:

RAZONAMIENTO DEL DIAGNÓSTICO ENFERMERO

INTERRUPCIÓN DE LOS PROCESOS FAMILIARES

Generalidades

Los procesos familiares se interrumpen cuando el funcionamiento normal de la familia se altera a causa de una transición, crisis o incertidumbre acerca de un desenlace. Cuando este problema se presenta, es posible que la familia sea incapaz de satisfacer las necesidades físicas, emocionales, socioeconómicas o espirituales de sus miembros, maneje el estrés de manera ineficaz, se comunique de modo ineficaz o inapropiado y se rehúse a buscar o aceptar ayuda de otros. Tal vez los miembros de la familia estén temerosos, a la defensiva o suspicaces cuando se les visita o entrevista.

Factores causales o contribuyentes

Enfermedad o lesión de un familiar, cambio en el nivel de dependencia, cambio de rol o función, adición o pérdida de un familiar, mudanza, ingresos reducidos, incremento de los gastos, incorrección social o sexual, falta a las prácticas religiosas o culturales.

Objetivo

La familia demostrará apoyo y asistencia a los miembros en la satisfacción de sus necesidades físicas, emocionales y socioeconómicas; la familia buscará y aceptará ayuda de fuentes externas según sea apropiado.

Intervenciones enfermeras

- Recopilar una historia familiar detallada que incluya perfil de la familia (incluso allegados que cumplan funciones familiares); edad, estado de salud y lugar de residencia de los miembros; roles y responsabilidades de cada miembro; patrones típicos de comunicación, resolución de problemas y manejo de crisis; cambios recientes en composición de la familia y roles, responsabilidades y estado de salud de los miembros; nuevas cargas; y valoración del problema por la familia.
- Identificar factores relacionados con disfunción familiar y planificar intervenciones apropiadas como terapia familiar, ayuda económica, conferencias familiares, enfermera visitadora o visitas de clérigos.
- Facilitar la comunicación honesta y abierta entre familiares; ayudar a planear conferencias familiares, promover la discusión por todos los miembros, establecer metas y planes realistas, y asignar responsabilidades; proporcionar privacidad a la familia.
- Cuando un miembro recibe servicios de salud, explicar las actividades de atención y los resultados esperados, prepararse para los cambios y obtener la máxima participación posible de la familia en los cuidados.
- Proporcionar educación y apoyo a los cuidadores; ayudarlos a identificar recursos

de la comunidad; y poner de relieve la importancia de su descanso.

- Informar a los familiares sobre grupos de apoyo y autoayuda que pueden auxiliarlos, como Alzheimer's Disease and Related Disorders Association, American Cancer Society, Alcohólicos Anónimos y American Diabetes Association.

C—capacitación en técnicas de cuidados, uso seguro de medicamentos, reconocimiento de anomalías y recursos disponibles.

A—alejamiento periódico de la situación de cuidados para descansar y relajarse, y atender sus necesidades vitales normales.

C—cuidado de sí mismos en la forma de sueño, reposo, ejercicio, nutrición, socialización, tiempo a solas, apoyo, ayuda económica, reducción del estrés y cuidado de la salud apropiados.

Las enfermeras gerontológicas deben revisar las necesidades de CAC de los cuidadores durante cada contacto para asegurar la continuidad de su eficacia.

CONCEPTO CLAVE

Los cuidadores necesitan CAC: capacitación, alejamiento periódico y cuidado de sí mismos.

Un grupo particularmente vulnerable de cuidadores son las hijas maduras. Después de años de sacrificarse y batallar con la crianza de sus hijos, empiezan a saborear alguna libertad conforme éstos se hacen independientes y comienzan a irse de casa. Están preocupadas por el éxito y bienestar de sus hijos y experimentan ambivalencia acerca del rol parental menos intenso. Un número siempre creciente de ellas está en el mundo laboral, quizá reasumiendo carreras pospuestas. Algunas se están enfrentando a dificultades con el cónyuge que pasa por la crisis de la madurez y tienen sentimientos encontrados acerca de su matrimonio o reaccionan a cambios indeseables en su aspecto físico. Están confundidas por el mito de la «supermujer» y tratan desesperadamente de cumplir las funciones de madre modelo, esposa comprensiva, extraordinaria amante, amiga solicitada y empleada capaz. En pocas palabras, están abrumadas. En este punto de la vida, la gota que derrama el vaso pueden ser los padres dependientes y sus demandas. Estas hijas consideran que ciertamente no pueden abandonar a sus padres, confiar su cuidado a extraños o recluirlos en una institución. Sin embargo, ¿qué significará esto para su carrera, ingreso, vida marital, amistades, actividades recreativas y energía? Dado que una cantidad cada vez mayor de mujeres maduras enfrenta este dilema, se requiere una intervención enfermera especial. En el recuadro 38-2 se describen algunas formas en que las enfermeras pueden ayudar a los familiares cuidadores.

RECUADRO 38-2 Estrategias de las enfermeras para ayudar a los familiares cuidadores

- *Guiar a la familia para que vea la situación de manera realista.* Tal vez sea necesario pedir permiso para faltar un tiempo al trabajo en vez de renunciar a él a fin de ayudar a un progenitor o cónyuge durante una convalecencia. Quizá las necesidades son tales que un cuidador lego (p. ej., un familiar) no será capaz de proporcionar los cuidados de manera adecuada. A menudo un observador externo objetivo puede guiar a la familia para que vea la situación real y comprenda la magnitud de las necesidades de atención.
- *Dar información que ayude a anticipar las necesidades.* Los cuidadores necesitan que los guíen para explorar los diversos escenarios posibles y diseñar planes antes de que ocurra una crisis. Alentar la expresión de sentimientos. Informadas con abundantes instrucciones acerca del tratamiento de las personas mayores, las familias necesitan saber que sus sentimientos de culpa, ira, resentimiento y depresión no son inusuales ni «malos».
- *Valorar y vigilar el impacto de la prestación de cuidados sobre la unidad familiar en su conjunto.* Aunque los cuidadores pueden sentir que ellos solos están asumiendo la responsabilidad de la atención, es necesario que examinen los efectos sobre la unidad familiar total. ¿Cómo se pagarán los colegios de sus hijos si dejan de trabajar para cuidar a un progenitor? ¿Alguien tendrá que renunciar a su dormitorio para que el familiar se mude ahí? ¿Cuál es la relación del cónyuge con el yerno o la nuera? ¿Quién ayudará a la abuela a entrar en la bañera? ¿Podrá la familia irse de vacaciones y divertirse en casa? ¿Podrá relevarlos alguien si desean salir en alguna ocasión especial?
- *Revisar opciones de atención y promoverlas.* A menudo los familiares creen que la atención debe ser uno de dos extremos: institucionalización o atención total suministrada sólo por el cuidador. Si bien en efecto éstas son opciones, existen otras posibilidades entre esos extremos, como atenciones domiciliarias, acompañantes terapéuticos, centros diurnos geriátricos o atención familiar compartida, en la cual la persona mayor vive en fechas específicas con distintos familiares o éstos pasan días programados en la casa del paciente. Los cuidadores también deben ser auxiliados para identificar sus limitaciones y la necesidad de apoyo institucional cuando se presente. En el capítulo 35 se presenta más información sobre servicios para adultos mayores y sus cuidadores.

DISFUNCIÓN FAMILIAR Y ABUSO

Muchos factores pueden amenazar el sano funcionamiento de la unidad familiar; la enfermera gerontológica debe estar capacitada para identificar tales problemas y suministrar intervenciones apropiadas (*v.* Razonamiento del diagnóstico enfermero). La disfunción familiar ocurre de muchas maneras, que van desde dominación sobre un padre mayor y manipulación de un hijo adulto hasta el incesto. Puede existir una historia de toda la vida de disfunción o ésta ser un problema reciente, relacionado con una amplia gama de factores (p. ej., divorcio, pérdida de ingresos, mayor dependencia de un familiar mayor y enfermedad del cuidador). Las familias que experimentan disfunción pueden:

- Ser menos capaces de satisfacer las necesidades físicas, emocionales, socioeconómicas y espirituales de sus miembros.
- Ser rígidas en cuanto a roles, responsabilidades y opiniones.
- Ser incapaces o reacias a obtener y usar la ayuda de otros.
- Estar compuestas por miembros con psicopatología o trastornos conductuales.
- Ser inexpertas o ineficaces para manejar las crisis.
- Ser ineficaces en su comunicación o tener conductas inapropiadas (incluidos patrones violentos aprendidos).

Una forma de disfunción cuya visibilidad ha aumentado en los últimos años es el

abuso al adulto mayor. Se estima que cada año más de 2 millones de mayores sufren alguna forma de abuso en Estados Unidos, la mayoría de veces por un familiar cercano (Acierno y cols., 2010). El perfil del mayor que está en más riesgo de abuso es una mujer discapacitada, mayor de 75 años, que vive con un familiar y depende en el aspecto físico, social o económico de otros. Es importante recordar que el abuso ocurre en toda clase de familias, cualquiera que sea el grupo social, económico o étnico, y puede presentarse en muchas formas, como:

- Provocación de dolor o lesión.
- Privación de alimento, dinero, medicamentos o cuidados.
- Confinación, restricción física o química (farmacológica).
- Robo o malversación intencional de bienes.
- Abuso sexual.
- Abuso verbal o emocional.
- Negligencia.

CONCEPTO CLAVE

Tanto la comisión real de un acto lesivo como la amenaza de cometerlo se consideran abuso.

La persona mayor puede ser reacia a informar o admitir maltrato. Algunos indicios sutiles de abuso son desnutrición, deterioro, lesiones, sedación excesiva y depresión. Las enfermeras pueden valorar el abuso usando un instrumento como el Elder Assessment Instrument, diseñado por Fulmer, Street y Carr (1984), y recomendado en la actualidad por el Hartford Institute for Geriatric Nursing (*v.* Recursos al final del capítulo). Las enfermeras deben manejar con tacto las posibles situaciones de abuso. Una vez que lo detectan, es necesario que valoren el grado de peligro inmediato y tomen las medidas apropiadas. Las personas víctimas de abuso deben recibir seguridad de que su situación no empeorará por el hecho de que el abuso se haga público; tal vez prefieran recibir amenazas verbales o ser privadas de su dinero a la alternativa de vivir en una institución o un hogar sustituto (*v.* en capítulo 8 las consideraciones legales acerca del abuso al adulto mayor).

La familia necesita empatía, no ser juzgada por la enfermera. Aunque algunos individuos son conscientemente maliciosos y abusivos con fines de beneficio personal, la mayoría de las personas que abusan experimenta sufrimiento, se halla en situaciones estresantes a causa de la atención suministrada y presenta afrontamiento ineficaz. El abuso también puede relacionarse con un patrón familiar de violencia, disfunción emocional o cognitiva de la víctima o de quien comete el abuso, antecedente de dependencia de la persona que abusa respecto a la víctima o venganza por el antecedente de abuso. Una anamnesis familiar adecuada puede ser útil para obtener indicios de la dinámica familiar que pudiera contribuir al abuso.

Es posible detener el abuso y recuperar la salud familiar ayudando a la familia a encontrar maneras eficaces de manejar su situación, por ejemplo con orientación o cuidado de relevo. La enfermera debe considerar que las cargas de los cuidados a

menudo aumentan con el tiempo; por tanto, se requieren intervenciones continuas para prevenir abuso futuro una vez que se ha resuelto el episodio inmediato.

RECOMPENSAS DE LOS CUIDADOS PROPORCIONADOS POR LA FAMILIA

Una familia dedicada e interesada es uno de los recursos más valiosos que un individuo puede poseer en la edad avanzada. A su vez, el amor y la riqueza de experiencias ofrecidos por las personas mayores añaden profundidad y significado únicos a la familia. Las experiencias del cuidado dan oportunidades para que los familiares aprendan más unos de otros como individuos y obtengan gratificación en el hecho de que los jóvenes retribuyan algo al adulto mayor que tal vez hizo sacrificios por ellos. Las enfermeras gerontológicas deben ver a los mayores en el contexto de sus unidades y estructuras familiares para fomentar la capacidad funcional de todos los miembros de la familia.

CASO A CONSIDERAR

María C., es una madre soltera de 45 años, la única fuente de ingresos para ella y sus tres hijos adolescentes. Hace varios años, cuando al padre de la Sra. C., se le diagnosticó demencia, ella hizo los arreglos para que él se mudara a un apartamento en el mismo complejo en que ella vive. El trastorno del padre se ha agravado y ahora es incontinente e incapaz de comer o vestirse sin asistencia; además ha iniciado incendios en su apartamento y se le ha hallado vagabundeando en el terreno del complejo a distintas horas de la noche. La Sra. C., ha decidido llevar a su padre a su propio apartamento de tres dormitorios. Las dos hijas de la Sra. C., comparten un dormitorio, y ella y su hijo tienen cada uno el suyo; por tanto, ella alojó a su padre en el dormitorio de su hijo, con gran resentimiento de éste. De hecho, el hijo ha dicho que no soporta el olor a orina y el ruido que su abuelo hace, de modo que comenzó a dormir en el sofá de la sala y se queda en las casas de sus amigos siempre que puede. La pensión del padre de la Sra. C., no es suficiente para pagar un apartamento más grande debido al costo de los medicamentos y los suministros para la incontinencia.

A causa del estrés y la actividad nocturna de su padre, La Sra. C., no descansa lo suficiente, por lo que ha llegado tarde al trabajo y «cabeceado» allí. Aunque su jefe conoce la situación ha expresado que la permanencia de la Sra. C., en su puesto podría estar en peligro si ella no es capaz de realizar sus obligaciones de manera confiable. Aunque los hijos de la Sra. C., entienden que su abuelo no tiene nadie más que lo cuide, están irritados porque la situación ha trastornado sus vidas: ya no se sienten con ánimos de llevar amigos a casa, renuncian a las actividades sociales para ayudar al cuidado de su abuelo y cuentan con menos dinero que gastar. Juntos, los chicos confrontan a la Sra. C., y sugieren que el abuelo sea llevado a una residencia para adultos mayores. La Sra. C., se altera y responde: «¿Cómo sugieren siquiera poner a su propia sangre en

un sitio como ése? Así muera en mi empeño, nunca pondré a su abuelo en una residencia para adultos mayores».

PENSAMIENTO CRÍTICO

- Describir los problemas reales y potenciales relacionados con la atención del padre de la Sra. C.
- Discutir el impacto de esta situación en cada miembro de la familia.
- Describir métodos que podrían usarse para presentar a la Sra. C., otras opciones de suministro de cuidados, como la atención en una residencia para adultos mayores.
- Diseñar un plan de cuidados para ayudar a esta familia.

LLEVANDO LA INVESTIGACIÓN A LA VIDA

CAOS E INCERTIDUMBRE: LA TRANSICIÓN DESPUÉS DE LOS CUIDADOS

Ume, E. P., & Evans, B. C. (2011). Geriatric Nursing, 32(4), 288–293.

La trayectoria del suministro de cuidados tiene algunas etapas predecibles, como la *fase previa a los cuidados*, en la cual se requiere apoyo mínimo; la fase de *cuidados activos*, que incluye compromiso activo en la provisión de cuidados; y la *fase posterior a los cuidados*, que es el período que sigue a la suspensión de los cuidados a causa de la muerte de la persona o su ingreso en una residencia para enfermos crónicos. Esta fase no se ha estudiado a profundidad; en el presente artículo los autores resumen estudios que abordan este período.

Algunas investigaciones muestran que el impacto emocional del suministro de cuidados va más allá de la conclusión de los roles formales de dicho suministro. Se ha observado que los cuidadores experimentan un vacío tras el final de los cuidados, un período de cierre en el que concluyen los temas económicos y legales, y se construyen una vida posterior que implica el reestablecimiento de roles y la creación de una nueva identidad. Los resultados de la investigación varían en cuanto a las consecuencias físicas para los cuidadores; algunos estudios indican aumento de presión arterial, pérdida de peso y otros efectos relacionados con estrés, mientras que otros revelan notable mejoría de la salud del cuidador. Aunque los ensayos han contado con una mayoría de muestras caucásicas, se ha observado que los afroestadounidenses informan menos estrés en la provisión de cuidados y rara vez acuden a grupos de apoyo para ex cuidadores.

La transición después de la provisión de cuidados se comprende poco y, en algunos casos, los resultados han sido contradictorios. Se requiere más

investigación en este campo. Las enfermeras deben apreciar que las respuestas de los cuidadores en el período posterior a su intervención pueden variar, lo cual hace necesaria una valoración para identificar necesidades individuales y de este modo planificar de manera apropiada intervenciones en apoyo de la salud del cuidador.

REALIDADES PRÁCTICAS

El Sr. Guarneros, de 70 años, fue dado de alta del hospital hace poco con una nueva colostomía. En la primera visita domiciliaria la enfermera observa que el paciente vive solo en una casa extremadamente sucia; son evidentes las cucarachas y el excremento de ratones. La casa está desordenada y le urgen reparaciones.

Preocupada, la enfermera pregunta al Sr. Guarneros si tiene familiares o amigos que pudieran ayudarle. «No», responde, «No tengo relación con ninguno de mis vecinos y me divorcié hace más de 30 años. Tuve dos hijos, pero están demasiado ocupados con su propia vida para ayudarme.»

Cuando el Sr. Guarneros menciona los nombres de su hijo y su hija la enfermera los identifica como pudientes líderes de la comunidad. Pide al paciente autorización para contactarlos y él acepta, añadiendo: «Pero no servirá de nada. Son unos pedantes egoístas.»

Cuando la enfermera telefonea a los hijos del Sr. Guarneros le sorprende su reacción. El hijo dice que no le interesa hablar con ella. La hija acepta hablar con la enfermera. «Mi padre no es una persona agradable», comenta. «Era abusivo con mi madre y nunca nos ayudó. Hubo veces en que no teníamos qué comer y nos echaron de la casa porque él gastaba el dinero en juego y bebida. Es difícil describir lo cruel que era con nosotros. Mi madre lo dejó en cuanto mi hermano y yo salimos de la casa. De haber permanecido con él, probablemente la habría matado. Mi padre nunca quiso saber nada de nosotros en cuanto crecimos. Lamento enterarme de su situación, pero mi hermano y yo lo sacamos de nuestras vidas hace años.»

¿Qué puede hacer esta enfermera?

EJERCICIO DE PENSAMIENTO CRÍTICO

1. Describir los posibles cambios que la familia promedio afrontaría si de manera repentina tuviera que suministrar cuidados a un familiar mayor.
2. Discutir los beneficios y satisfacciones que los miembros de una familia pueden obtener de cuidar a familiares mayores.
3. Identificar recursos de su comunidad para ayudar a las familias a suministrar cuidados.

RECURSOS

Clearinghouse on Abuse and Neglect of the Elderly

http://www.elderabusecenter.org

ElderWeb

http://www.elderweb.com

Hartford Institute for Geriatric Nursing

Try This: Best Practices in Nursing Care to Older Adults

Elder Mistreatment and Abuse: Detection of Elder Mistreatment

http://consultgerirn.org/topics/elder_mistreatment_and_abuse/want_to_know_more

National Association of Professional Geriatric Care Managers

www.caremanager.org

National Center on Elder Abuse

www.ncea.aoa.gov

National Council on Family Relations

www.ncfr.com

National Eldercare Locator

www.eldercare.gov

National Family Caregivers Association

www.nfcacares.org

REFERENCIAS

Acierno, R., Hernadez, M. A., Amstadter, A. B., Resnick, H. S., Steve, K., Muzzy, W., & Kilpatrick, D. G. (2010). Prevalence and correlates of emotional, physical, sexual, and financial abuse and potential neglect in the United States: The National Elder Mistreatment Study. *American Journal of Public Health*, 100(2), 292–297.

Fulmer, T., Street, S., & Carr, K. (1984). Abuse of the elderly: Screening and detection. *Journal of Emergency Nursing*, 10(3), 131–140.

LECTURAS RECOMENDADAS

Las lecturas recomendadas relacionadas con este capítulo pueden encontrarse en el sitio web que acompaña al libro. Visítese **http://thepoint.lww.com/espanol-Eliopoulos8e** para acceder a las lecturas recomendadas y otros recursos adicionales vinculados con este capítulo.

CAPÍTULO 39

Atención al final de la vida

RESUMEN DEL CAPÍTULO

Definiciones de muerte

Experiencia familiar en el proceso de morir

Apoyo al individuo moribundo

- Etapas del proceso de morir e intervenciones enfermeras relacionadas.
- Dificultades de los cuidados físicos.
- Necesidades de atención espiritual.
- Signos de muerte inminente.
- Instrucciones previas (últimas voluntades).

Apoyo a familiares y amigos

- Apoyo durante las etapas del proceso de morir.
- Ayuda a familiares y amigos después de una muerte.

Apoyo al personal enfermero

La muerte es una experiencia inevitable, inequívoca y universal, común a todo el mundo. A pesar de la realidad de que toca la vida de cada persona en un momento u otro, la muerte es difícil de afrontar para muchos individuos. Aunque es una certeza, el cese de la vida con frecuencia se aborda en términos de furia y temor. Los seres humanos a

menudo son muy reacios a aceptar su mortalidad.

OBJETIVOS DE APRENDIZAJE

Después estudiar este capítulo, el lector será capaz de:

1. Discutir la dificultad que las personas pueden experimentar al enfrentarse a la muerte.
2. Describir las etapas por las cuales las personas pueden pasar ante la muerte e identificar intervenciones enfermeras relacionadas.
3. Enumerar necesidades de cuidados físicos de los individuos moribundos y las intervenciones enfermeras relacionadas.
4. Plantear diferentes maneras en que las enfermeras pueden apoyar a los familiares y amigos de individuos moribundos.
5. Referir diversas formas de apoyar a otros miembros del personal en la atención de pacientes moribundos.

CONCEPTOS BÁSICOS

Cuidados paliativos: atención que alivia el sufrimiento y proporciona confort cuando la curación no es posible.

Final de la vida: período en que no se espera la recuperación tras una enfermedad, se anticipa la muerte y la prioridad es el confort.

No reanimar (NR): orden médica que indica al personal de salud no iniciar la reanimación cardiopulmonar en caso de paro cardíaco o respiratorio.

Programa de cuidados paliativos: programa que suministra atención sintomática al individuo moribundo y apoyo a él, y sus familiares y cuidadores.

Las enfermeras gerontológicas afrontan continuamente la realidad de la muerte porque más de 80% de las muertes ocurre en la edad avanzada. Además de vivir esta realidad, tales enfermeras deben aprender a tratar todo el proceso de morir: el complejo de experiencias por el que los individuos moribundos, sus familias, sus amigos y todos los implicados pasan. Trabajar con quienes sufren este complicado proceso requiere una mezcla de sensibilidad, discernimiento y conocimiento del complejo tema de la muerte por parte de las enfermeras a fin de diagnosticar problemas e intervenir de manera eficaz.

DEFINICIONES DE MUERTE

El final de la vida, el cese de todas las funciones vitales, el acto o hecho de morir; éstas son definiciones que el diccionario da para la muerte. Son sólo intentos de explicaciones sucintas de esta compleja experiencia. Pero a menudo nos rehusamos a

aceptar tales descripciones simplistas. Por ejemplo, el mundo de la literatura contiene muchas palabras elocuentes sobre el tema de la muerte:

No vayas, apacible, a esa buena noche;
la vejez arderá y rabiará al final del día.
Ira, ira contra la muerte de la luz.

Dylan Thomas

Cada persona nace con una posesión que
rebasa en valor a todas las demás: su último aliento.

Mark Twain

La muerte es afortunada para el niño,
amarga para el joven,
demasiado tardía para el viejo.

Publilio Siro

Un hombre sólo puede morir una vez:
a Dios le debemos una muerte.

Shakespeare, Enrique IV

La bibliografía científica actual no ofrece mucho más en la forma de definiciones específicas de la muerte. La División de Estadística de las Naciones Unidas define muerte como el cese de las funciones vitales sin posibilidad de reanimación. Sin embargo, términos como muerte cerebral (la muerte de las células cerebrales determinada por una electroencefalografía [EEG] sin oscilaciones); muerte somática (determinada por la ausencia de actividad cardíaca y pulmonar); y muerte molecular (determinada por el cese de la actividad celular) hacen confuso el asunto. La controversia radica en decidir en qué nivel de muerte una persona se considera muerta. En algunas situaciones, un individuo con EEG sin señal aún tiene actividad cardíaca y respiratoria; ¿podría este individuo considerarse muerto? En otras, individuos con EEG sin señal y sin actividad cardiopulmonar aún tienen células vivas que hacen posible trasplantar sus órganos; ¿están realmente muertos si aún tienen células vivas? Las respuestas a estas preguntas no son simples. Mucha reflexión e investigación se concentra ahora en la necesidad de un criterio único para determinar la muerte.

EXPERIENCIA FAMILIAR EN EL PROCESO DE MORIR

En la cultura occidental actual, muchas personas tienen experiencia muy limitada con la muerte o el proceso de morir, pero no siempre fue así. Este cambio se debe en parte a la disminución de la mortalidad en el transcurso de los años (fig. 39-1). En el

pasado, una mayor mortalidad hacía más comunes las experiencias en el proceso de morir. Además, había menos hospitales y otras instituciones en que las personas pudieran morir. Ahora el fácil acceso a cuidados sanitarios y nuevos fármacos, intervenciones terapéuticas y tecnologías de reanimación han reducido el número de muertes.

Quizá un factor que limita aún más la exposición al proceso de morir son los cambios en el lugar y las circunstancias de la muerte. Antes vistos como procesos naturales, la mayoría de los nacimientos y las muertes era atendida por caras familiares en ambientes familiares. Es posible que la familia sintiera algún confort y cercanía al estar con la persona cuya vida estaba por comenzar o terminar y atenderla.

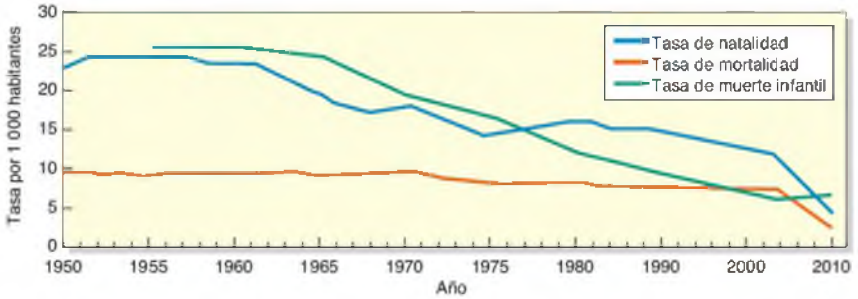


FIGURA 39-1 ■ Cambios en natalidad y mortalidad de 1950 a 2010 (datos del U.S. Bureau of the Census [2012]. Births, Deaths, Marriages, & Divorces. 2012 Statistical Abstract of the United States. Disponible en: http://www.census.gov/compendia/statab/cats/births_deaths_marriages_divorces.html).

Hoy, las familias nucleares son móviles y a menudo formadas por miembros jóvenes; los padres mayores y abuelos viven en diferentes domicilios, con frecuencia en distintas partes del país. Además, ocurren más muertes en ambientes institucionales u hospitalarios. Raras veces familiares y amigos permanecen con el individuo o presencian el proceso de morir.

CONCEPTO CLAVE

Dado que menos personas mueren a edades tempranas que en el pasado y que la mayoría de las muertes ocurre en hospitales o residencias para enfermos crónicos, muchas personas tienen un mínimo contacto directo con individuos moribundos.

La separación de los individuos respecto a sus seres amados y ambientes familiares durante el proceso de morir parece algo incómodo, estresante e injusto. Alejar a las personas moribundas de su participación estrecha con sus sistemas de apoyo en el momento de más necesidad es inhumano. A medida que las experiencias con el morir y la muerte se reducen, se convierte en un suceso más impersonal e inusual. Su realidad es difícil de internalizar.

Tal vez esto explique por qué muchas personas tienen dificultad para aceptar su

propia mortalidad. Evitar hablar de la muerte y no hacer un testamento u otros planes relacionados con la propia muerte son indicios de falta de internalización de la propia mortalidad.

PARA REFLEXIONAR

¿Ha redactado usted un escrito en el que indique sus deseos acerca del cuidado de sus hijos, la distribución de sus bienes y los arreglos para su funeral? Si la respuesta es negativa, ¿por qué?

Las enfermeras que entienden su propia mortalidad se sienten más cómodas al ayudar a individuos que pasan por el proceso de morir. Al negar su propia mortalidad o enfurecerse contra ella, las enfermeras pueden tender a evitar a las personas moribundas, desalentar sus esfuerzos por abordar su muerte de manera realista o infundir falsas esperanzas en ellas y sus familias. Es necesario que la enfermera no vea como algo depresivo el difícil proceso de confrontar y tomar conciencia de la propia mortalidad; ello le proporcionará una apreciación más plena de la vida y el ímpetu para sacar el máximo de cada día vivido.

CONCEPTO CLAVE

Comprender la propia mortalidad puede ser terapéutico para la enfermera en lo personal, además de útil para la atención que brinda a pacientes moribundos.

APOYO AL INDIVIDUO MORIBUNDO

Por mucho tiempo, las enfermeras estuvieron más preparadas para atender un cadáver que para abordar la dinámica implicada en el proceso de morir. No sólo era rara la discusión abierta de la muerte inminente de un individuo, sino que además era frecuente confinar a la persona moribunda a un sitio aparte durante las últimas horas de la vida. Si la familia estaba presente, a menudo se le dejaba a solas con la persona, sin el beneficio del apoyo de un profesional. En vez de planificar apoyo adicional del personal para el moribundo y la familia, las enfermeras se preocupaban por temas como si el paciente viviría hasta su siguiente turno y requeriría cuidados *post mortem*. Cuando ocurría la muerte, el cuerpo era retirado de la unidad en secreto, de modo que los otros pacientes no se enteraran del suceso. Se desaconsejaba a las enfermeras que mostraran emoción cuando un paciente moría. Se promovía una objetividad distante como parte de los cuidados enfermeros del paciente moribundo.

Ahora la enfermería ofrece un acercamiento más humanista a la atención al final de la vida. El énfasis en satisfacer las necesidades totales del paciente de manera holística ha estimulado una mayor preocupación por el cuidado psicosocial y espiritual del moribundo. Además, en la actualidad se reconoce que los familiares y allegados tienen un cometido esencial en el proceso de morir, y deben ser

considerados por la enfermera. El conocimiento en el campo de la tanatología (es decir, el estudio de la muerte y el morir) ha aumentado y más enfermeras están expuestas a este cuerpo de conocimiento. Los cuidados paliativos se han convertido en una especialidad (recuadro 39-1). La profesión enfermera ha advertido que el profesionalismo no impide las emociones humanas en la relación enfermera-paciente. Estos factores contribuyen a una mayor vinculación con el individuo moribundo.

Ya que el proceso de morir es único para cada ser humano, se requiere intervención enfermera individualizada. Las experiencias previas de los pacientes con la muerte, sus creencias religiosas y espirituales, filosofía de vida, edad y estado de salud están entre la multitud de factores complejos que afectan el proceso de morir. En la tabla Diagnóstico enfermero 39-1 se enumeran diversos diagnósticos enfermeros relacionados con la muerte y el proceso de morir, junto con factores contribuyentes. La enfermera debe valorar de manera meticulosa experiencias particulares, actitudes, creencias y valores que cada individuo lleva a su proceso de morir. Sólo a través de esta valoración puede darse a la persona moribunda el apoyo más terapéutico e individualizado.

RECUADRO 39-1 Centro de cuidados paliativos

El centro de cuidados paliativos es un recurso para atender a individuos con enfermedad terminal y sus familias. Aunque la mayor parte de los cuidados paliativos se presta en casa, también se requiere que estos servicios sean proporcionados en residencias para enfermos crónicos. El primer programa de cuidados paliativos se estableció en el St. Christopher's Hospice, en Londres. En Estados Unidos, el primer centro especializado en estos servicios fue el Hospice, Inc., en New Haven, Connecticut, inaugurado en 1974. La National Hospice Organization ha diseñado estándares para los centros de cuidados paliativos a fin de guiar los programas de cuidados paliativos locales; sin embargo, se alienta la individualidad y autonomía de cada programa.

Los cuidados paliativos contribuyen a agregar calidad y significado al resto de la vida. La atención implica esfuerzos interdisciplinarios para abordar las necesidades físicas, emocionales y espirituales, como:

- Alivio del dolor.
- Control sintomático.
- Atención en casa e institucional coordinadas.
- Seguimiento y orientación en la aflicción.

Puede obtenerse más información de la National Hospice & Palliative Care Organization (NHPCO), 1700 Diagonal Road, Suite 625, Alexandria, VA 22314, 703-837-1500, HelpLine: 800-658-8898, http://www.nhpco.org.

CONCEPTO CLAVE

Las reacciones de los pacientes ante el proceso de morir son influidas por experiencias previas con la muerte, edad, estado de salud, filosofía de la vida y creencias religiosas, espirituales y culturales.

Etapas del proceso de morir e intervenciones enfermeras relacionadas

WATCH & LEARN

Aunque el proceso de morir es un viaje único para cada individuo, las reacciones comunes que se han observado constituyen una base para comprender el proceso. Después de varios años de experiencias con pacientes moribundos, Elisabeth Kübler-Ross desarrolló un marco conceptual que delinea los mecanismos de afrontamiento del proceso de morir en términos de cinco etapas que ahora son clásicas (Kübler-Ross, 1969). Es obligatorio que la enfermera se familiarice con estas etapas y comprenda las intervenciones enfermeras más terapéuticas durante cada etapa. No todas las personas moribundas pasan por esas etapas en secuencia ordenada. Y tampoco todas experimentan cada una de ellas. Sin embargo, tener presente el marco conceptual de Kübler-Ross ayuda a la enfermera a dar apoyo a los individuos moribundos, ya que éstos presentan reacciones complejas ante la muerte. Enseguida se hace una breve descripción de estas etapas, junto con consideraciones enfermeras pertinentes.

Negación

Al tener noticias de su muerte inminente, la primera reacción de la mayoría de los individuos es negar la realidad de la situación. «No es verdad» y «debe de haber un error» son algunos de los comentarios que reflejan esta negación. A veces los pacientes buscan un médico que sugiera un diagnóstico distinto o invierten en curanderos y tratamientos de moda que prometen un resultado más favorable. La negación tiene varios fines útiles para la persona en proceso de morir. Es un «amortiguador de impactos» después de recibir la terrible noticia de que se padece un trastorno terminal, proporciona la oportunidad de que la persona verifique la verdad de esta información y le da tiempo de interiorizarla y movilizar sus defensas.

Aunque la necesidad es más fuerte al principio, algunas personas en proceso de morir usan la negación en diversos momentos durante toda su enfermedad. Tal vez fluctúen entre desear hablar sobre su muerte inminente y negar su realidad. Si bien tal contradicción puede confundir a los demás, la enfermera debe ser sensible a las necesidades de defensas de la persona y al mismo tiempo estar lista para participar en pláticas acerca de la muerte cuando la persona lo necesite. La enfermera debe tratar de aceptar el uso de defensas por parte del sujeto en proceso de morir en vez de concentrarse en los mensajes contradictorios. La filosofía de la vida, los mecanismos de afrontamiento únicos y el conocimiento del trastorno del individuo determinan el momento en que la negación será sustituida por mecanismos de defensa menos radicales. Quizá la actuación enfermera más importante durante esta etapa es aceptar las reacciones del individuo moribundo y dejarle una puerta abierta para el diálogo sincero.

Ira

La etapa de negación con su reacción de «no, no a mí» es sustituida de modo gradual por una segunda etapa de ira con su reacción de «¿por qué a mí?». Esta segunda etapa a menudo es en extremo difícil para quienes rodean a la persona moribunda porque con frecuencia son las víctimas de la ira desplazada. En esta etapa, la persona en proceso de morir expresa el sentimiento de que nada está bien. Por ejemplo, las

enfermeras no atienden rápidamente el timbre de llamada, la comida sabe horrible, los médicos no saben lo que hacen y los visitantes permanecen demasiado tiempo o no el suficiente. Vista a través de los ojos de la persona moribunda, esa ira es comprensible. ¿Por que no habría de enfadarse uno por no tener lo que desea cuando lo desea si no le queda mucho tiempo? ¿Por qué no envidiar a aquellos que disfrutarán un futuro que uno nunca verá? Los deseos no satisfechos y los asuntos inconclusos de la vida pueden causar furia. Quizá las quejas y demandas se usan para recordar a quienes rodean a la persona que aún está viva.

DIAGNÓSTICO ENFERMERO

TABLA 39-1 Diagnósticos enfermeros relacionados con la muerte y el proceso de morir

Causas o factores contribuyentes	Diagnóstico enfermero
Depresión, fatiga, dolor, tratamientos, inmovilidad	Intolerancia a la actividad
Separación de un ser querido, pérdida de una parte corporal o su funcionamiento, conciencia de muerte inminente, preocupación por tratamientos y la muerte	Ansiedad
Narcóticos, inmovilidad, dieta, estrés	Estreñimiento
Estrés, antibióticos, alimentación por sonda, cáncer, retención fecal	Diarrea
Insuficiencia cardíaca congestiva, choque cardiógeno, anemia, desequilibrios hidroelectrolíticos, fármacos, estrés	Disminución del gasto cardíaco
Cáncer, pruebas diagnósticas, posición incorrecta, actividad excesiva	Dolor (agudo, crónico)
Dolor, fármacos, fatiga	Deterioro de la comunicación verbal
Cambios en la integridad corporal, separación respecto a un ser querido, afrontamiento familiar ineficaz, desesperanza, impotencia	Afrontamiento ineficaz
Muerte inminente de un ser querido, falta de conocimiento o apoyo	Afrontamiento familiar discapacitante
Hospitalización, demandas del tratamiento, depresión	Déficit de actividades recreativas
Pérdida de un familiar, cambios en los roles, costes de la atención	Interrupción de procesos familiares
Tratamientos, dolor, muerte	Temor
Choque, fiebre, infección, anorexia, incapacidad para beber por sí solo, depresión	Déficit de volumen de líquidos
Pérdida de parte corporal o su funcionamiento, dolor, separación de la familia	Aflicción crónica
Cáncer, insuficiencia renal, tratamientos, inmovilidad, decremento de la resistencia, fármacos (p. ej., antibióticos, esteroides), desnutrición	Riesgo de infección
Disminución de la capacidad para protegerse, dolor, fármacos, fatiga	Riesgo de lesión
Pruebas diagnósticas, tratamientos, fármacos, manejo del dolor	Conocimientos deficientes
Debilidad, dolor, reposo en cama	Deterioro de la movilidad física
Negación, falta de conocimientos, deterioro de la capacidad funcional	Incumplimiento
Anorexia, depresión, dolor, tratamientos, náuseas, vómito	Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades
Cáncer, infección, fármacos, desnutrición, deshidratación, respiración bucal, higiene deficiente	Deterioro de la mucosa bucal
Dependencia, discapacidad, restricciones institucionales, incapacidad para revertir el trastorno	Impotencia
Secreciones espesas, dolor, ansiedad, fármacos, inmovilidad, disminución de la elasticidad pulmonar y la actividad, respiración bucal	Patrón respiratorio ineficaz
Dolor, debilidad, discapacidad	Déficit de autocuidado (baño, vestido, alimentación, uso del inodoro)
Pérdida de parte corporal o su funcionamiento, institucionalización, dolor	Trastorno de la imagen corporal
Separación del cónyuge, dolor, fatiga, depresión, fármacos, tratamientos, hospitalización	Disfunción sexual
Inmovilidad, infecciones, edema, deshidratación, adelgazamiento	Trastorno de la integridad cutánea
Inmovilidad, dolor, ansiedad, depresión, fármacos, nuevo ambiente	Trastorno del patrón de sueño
Pérdida de parte corporal o su funcionamiento, depresión, ansiedad	Trastorno de la interacción social
Hospitalización, discapacidad, deformidad, disconfort de otros	Aislamiento social
Pérdida de parte corporal o su funcionamiento, barreras impuestas por tratamientos u hospitalización, sentimientos hacia el proceso de morir	Sufrimiento espiritual
Depresión, ansiedad, temor, aislamiento	Alteración de los procesos mentales

Durante este tiempo la familia puede sentir culpa, vergüenza, duelo o ira en

respuesta a la ira de la persona en proceso de morir. Tal vez no comprenden por qué se malinterpretan sus intenciones o no se aprecian sus acciones. No es raro que se pregunten si están haciendo las cosas correctamente. La enfermera debe ayudar a la familia a leer en el comportamiento del individuo, lo que podría ayudar a aliviar su desazón y de este modo crear un ambiente más favorable para la persona moribunda. Si los familiares son capaces de advertir que el paciente reacciona a la muerte inminente y no a ellos, eso facilitará una relación más favorable.

La enfermera también debe recomendar a los familiares abstenerse de reaccionar a la ira de la persona moribunda como si se tratara de una afrenta personal. Los mejores esfuerzos de las enfermeras podrían recibir críticas por no ser suficientes; los saludos alegres pueden ser recibidos con sorna; la luz de aviso se enciende al minuto de que la enfermera salió de la habitación. Es importante que la enfermera valore esas conductas y comprenda que suelen reflejar la ira de la segunda etapa del proceso de morir. En vez de reaccionar a la ira, la enfermera debe ser positiva y transmitir a la persona moribunda que está bien que exteriorice esos sentimientos. Anticiparse a las necesidades, recordar las cosas favoritas y mantener una actitud de entereza puede contrarrestar las pérdidas anticipadas que se hacen más evidentes para el individuo moribundo. Suele ser útil que las enfermeras discutan sus sentimientos acerca de la ira del paciente con un colega que mantenga la objetividad, que puede actuar como guardián de modo que la relación enfermera-paciente siga siendo terapéutica.

Negociación

Después de reconocer que ni la negación ni la ira cambian la realidad de la muerte inminente, las personas moribundas pueden intentar negociar una posposición de lo inevitable. Tal vez propongan ser mejores cristianos si Dios les permite vivir otra Navidad; quizá prometan cuidarse más si el médico inicia un tratamiento drástico para prolongarles la vida; incluso podrían prometer cualquier cosa a cambio de una extensión de la vida. La mayoría de las negociaciones se hace con Dios y, por lo general, se mantiene en secreto. A veces tales acuerdos se confían a clérigos. La enfermera debe estar consciente de que las personas moribundas pueden sentirse decepcionadas de que su trato no sea aceptado o culpables por el hecho de que, habiendo ganado tiempo, deseen una extensión más de la vida aunque ofrecieron que la petición sería la única. Es importante que estos sentimientos, a menudo no revelados, se traten con la persona moribunda.

Depresión

La realidad del proceso de morir se hace más evidente cuando un paciente se hospitaliza con frecuencia creciente y experimenta pérdida de la capacidad funcional y más síntomas. Es posible que el paciente mayor ya haya sufrido muchas pérdidas y experimentado depresión. Quizá no sólo se han perdido los ahorros de toda la vida, buenos tiempos pasados y un estilo de vida normal, sino también el funcionamiento de partes del cuerpo o incluso las partes mismas. Es comprensible que todo esto cause depresión. Sin embargo, a diferencia de otras formas de depresión, la del moribundo no suele beneficiarse de las palabras de aliento ni del consuelo. Urgir a las personas en proceso de morir a alegrarse y ver el lado amable de las cosas implica decirles que

no deben contemplar su muerte inminente. Es poco realista creer que las personas moribundas no se entristecerán profundamente por la más importante de todas las pérdidas: la vida.

La depresión del moribundo suele ser silenciosa. Es importante que la enfermera comprenda que las palabras de optimismo suelen ser mucho menos significativas para las personas en proceso de morir que tomarles la mano o permanecer en silencio a su lado (fig. 39-2). Estar con el paciente que muere y contempla de manera manifiesta o silenciosa el futuro es una intervención enfermera importante durante esta etapa. En ella es frecuente presentar un interés por la oración y el deseo de visitas de clérigos. La enfermera debe ser particularmente sensible a las necesidades religiosas de la persona moribunda y facilitar la relación clérigo-paciente de todas las formas posibles.

Tal vez sea necesario que la enfermera ayude a la familia a entender esta depresión explicando que los esfuerzos por animar al moribundo pueden obstaculizar más que favorecer su preparación emocional. Es posible que la familia requiera consuelo para la impotencia que siente en estos momentos. La enfermera puede subrayar que este tipo de depresión es necesaria para que el individuo sea capaz de afrontar la muerte en una etapa de aceptación y paz.

Aceptación

Para muchas personas moribundas llega un momento en que la lucha termina y surge el alivio. Es como si el individuo se tomara un reposo final para adquirir fuerzas para un largo viaje. Esta aceptación no debe confundirse con un estado de felicidad; implica que el individuo ha aceptado la muerte y encontrado la paz. Durante esta etapa, los pacientes suelen beneficiarse más de la comunicación no verbal que de la verbal. Es importante que su silencio y retraimiento no desemboquen en aislamiento del contacto humano. Tener contacto físico, reconfortar y estar cerca de la persona son intervenciones enfermeras valiosas. Tal vez se requiera un esfuerzo por simplificar el ambiente conforme el círculo de intereses de la persona moribunda se reduce. No es raro que la familia necesite mucha ayuda para aprender a entender y apoyar a su ser querido durante esta etapa.

FIGURA 39-2 ■ Tocar, confortar y estar cerca del individuo moribundo son intervenciones enfermeras significativas.

Es significativo el hecho de que la esperanza suele permear todas las etapas del proceso de morir. Puede usarse como una forma temporal pero necesaria de negación, una racionalización para soportar tratamientos desagradables y como una fuente de motivación. Tal vez dé un sentido de tener una misión especial de confortar a un individuo durante sus últimos días. Una confrontación realista de la muerte inminente no se contrapone con la presencia de esperanza.

CONCEPTO CLAVE

Las cinco etapas del proceso de morir son negación, ira, negociación, depresión y aceptación.

Dificultades de los cuidados físicos

Dolor

La preocupación por el grado de dolor que se experimentará y su tratamiento puede ser una fuente de considerable malestar para los individuos moribundos; las enfermeras pueden reducir ese malestar dando a los pacientes información realista acerca del dolor. Los pacientes con cáncer tienen mayor probabilidad de experimentar dolor intenso que las personas que mueren por otras causas, pero tratar el dolor de modo eficaz es posible incluso en los pacientes terminales con cáncer.

Las enfermeras gerontológicas deben tener presente que los pacientes percibirán y expresarán el dolor de manera distinta con base en su diagnóstico médico, estado emocional, funcionamiento cognitivo, antecedente cultural y otros factores. Las quejas de dolor o malestar, náuseas, irritabilidad, inquietud y ansiedad son indicadores comunes de dolor; sin embargo, la ausencia de tales signos o expresiones de dolor no significa que no exista. Algunos pacientes no suelen expresar abiertamente su dolor; en estos individuos, signos como trastornos del sueño, disminución de la actividad, diaforesis, palidez, escaso apetito, gestos y retraimiento son posibles indicios de dolor. En algunas circunstancias, la confusión se relaciona con dolor.

Las enfermeras deben valorar con regularidad el dolor porque éste puede aumentar o disminuir con el tiempo. Ha de alentarse a los pacientes a informar, en caso de dolor, de manera oportuna y discutir de forma abierta sus preocupaciones acerca del mismo. Tal vez sea útil que los pacientes califiquen su dolor en una escala de 0 a 10 (donde 0 es ausencia de dolor y 10 es el dolor más intenso posible); el personal enfermero puede registrar la autoevaluación que los pacientes hacen del dolor junto con otros factores en un diagrama de flujo.

Para el paciente moribundo, el objetivo del manejo del dolor es *prevenir* que ocurra, no reaccionar a él una vez que se presenta. La prevención del dolor no sólo ayuda a los pacientes a evitar el disconfort, sino que en última instancia reduce la cantidad de analgésicos que reciben. Una vez que se ha valorado el patrón de dolor puede diseñarse un horario para la administración de analgésicos. El tipo de analgésico por utilizar depende de la intensidad del dolor y va desde ácido

acetilsalicílico a paracetamol para dolor leve hasta codeína u oxicodona para dolor moderado y morfina o hidromorfona para dolor intenso. Petidina y pentazocina están contraindicadas para el control del dolor en personas mayores debido a su alta incidencia de efectos adversos, en particular psicosis, a dosis relativamente bajas. Las enfermeras deben notar e instruir a los pacientes que reporten si hay ineficacia de los analgésicos, o su programa de administración, sobredosis y reacciones adversas (recuadro 39-2).

CONCEPTO CLAVE

Para el paciente moribundo, el objetivo del manejo del dolor es prevenir que ocurra y no tratarlo una vez que se presenta.

El programa del control del dolor de pacientes moribundos debe incluir alternativas a los medicamentos. Entre tales medidas están imaginación guiada, hipnosis, relajación, masaje, acupresión, acupuntura, contacto terapéutico, actividades recreativas y aplicación de calor o frío. Aun si estas medidas no logran sustituir los medicamentos, podrían reducir la cantidad de fármacos usada o potenciar sus efectos.

Dificultad respiratoria

La dificultad respiratoria es un problema común en pacientes moribundos. Además del malestar físico causado por la disnea, los pacientes pueden experimentar un tremendo malestar psicológico relacionado con el temor, la ansiedad y la desesperanza que resultan de pensar en la posibilidad de sofocarse. Las causas de la dificultad respiratoria van desde derrame pleural hasta deterioro de las concentraciones de gases en sangre. Pueden ser beneficiosas intervenciones como elevar la cabecera de la cama, dosificar las actividades, enseñar al paciente ejercicios de relajación y administrar oxígeno. Pueden administrarse atropina o furosemida para reducir las secreciones bronquiales; es posible usar narcóticos, por su capacidad para controlar los síntomas respiratorios al embotar la respuesta medular.

RECUADRO 39-2 Manejo del dolor en el paciente moribundo

El Sr. Lugo es un usuario de una residencia para enfermos crónicos que se encuentra en estado terminal. Sufre dolor por metástasis de su cáncer pulmonar a la columna vertebral. Le han suministrado analgesia mediante un antiinflamatorio no esteroideo que recibe según se requiera, pero el personal enfermero considera que el fármaco podría estar siendo ineficaz porque se ve al Sr. Lugo gesticular de dolor en el transcurso del día. Al revisar el registro de administración de fármacos se descubre que a veces él pide su medicamento para el dolor a intervalos de 6 a 8 h, aunque podría recibirlos cada 4 h. Las enfermeras observan que se queja de dolor con más frecuencia entre semana que los fines de semana, cuando lo visita su familia.

El personal enfermero podría considerar lo siguiente para mejorar el control del dolor del Sr. Lugo:

- Valorar el patrón y la gravedad del dolor. Dar al Sr. Lugo una gráfica para que registre su dolor. Indicarle que lo califique en una escala de 0 a 10, donde 0 indica ausencia de dolor y 10 dolor intenso. Analizar el patrón.
- Recomendar que el Sr. Lugo tome el analgésico de manera regular y no esporádica. En vez de cambiar

el tipo o la dosis de analgésico en esta ocasión, determinar si un horario de administración regular mejoraría el control del dolor. Con frecuencia, las dosis a horarios fijos mantienen una concentración de analgésico que previene el dolor y da mayor alivio. Si las dosis a intervalos regulares son ineficaces, puede considerarse un cambio de dosificación o tipo de analgésico.

- Valorar la comprensión del Sr. Lugo acerca del uso del analgésico. Debe comprender que la posibilidad de adicción o «abuso» del analgésico no es una preocupación prioritaria y ha de alentársele a informar al personal enfermero la necesidad de analgesia en caso de dolor.
- Considerar el impacto de factores psicológicos en su dolor físico. El empeoramiento de éste cuando su familia no está presente podría relacionarse con ansiedad, aburrimiento u otros factores psicosociales. El malestar psicosocial puede intensificar o exacerbar el malestar físico. El Sr. Lugo podría beneficiarse de tener alguien que lo escuche, recibir orientación, realizar actividades recreativas o recibir visitas más frecuentes de su familia.
- Usar medidas de alivio del dolor no farmacológicas. Fricciones en la espalda, contacto terapéutico, imaginación guiada, relajación y orientación podrían ser medidas de analgesia eficaces. Personas capacitadas podrían administrar acupresión, acupuntura e hipnosis. Estas acciones deben ser supervisadas por el médico.

Estreñimiento

Disminución del consumo de alimentos y líquidos, inactividad y algunos fármacos hacen que el estreñimiento sea un problema en la mayoría de los pacientes moribundos, el cual se agrega a las molestias que estos pacientes ya experimentan. Sabiendo que el riesgo de este problema es alto, el personal enfermero debe tomar medidas para promover la evacuación intestinal con regularidad en pacientes en estado terminal. Es favorable incrementar la actividad y el consumo de líquidos y fibra. Suelen administrarse laxantes de manera regular y deben registrarse y valorarse los patrones de evacuación intestinal. Es necesario recordar que lo que podría parecer diarrea puede ser en realidad escurrimiento de heces líquidas alrededor de una masa fecal retenida.

Nutrición insuficiente

Muchos pacientes en proceso de morir experimentan anorexia, náuseas y vómito que pueden impedir la ingestión incluso de los nutrimentos más básicos. Además, la fatiga y debilidad pueden hacer del acto de comer una tarea monumental. Servir raciones pequeñas con aspecto y aroma apetitosos puede inducir al paciente a comer, lo mismo que sus alimentos favoritos. Una bebida alcohólica antes de las comidas estimula el apetito en algunas personas. Náuseas y vómitos pueden controlarse con antieméticos y antihistamínicos; muchos individuos han usado con éxito el jengibre como antiemético natural. También son útiles medidas básicas como ayudar con la higiene bucal, ofrecer un ambiente limpio y agradable para comer, proporcionar compañía grata durante las comidas y ayudar con la alimentación según se requiera.

CONCEPTO CLAVE

El jengibre ha sido eficaz para controlar las náuseas en algunos individuos sin los efectos adversos de los fármacos antieméticos.

Necesidades de atención espiritual

Existen muy diversas creencias religiosas. Cada religión tiene sus propias prácticas acerca de la muerte y el personal enfermero debe respetarlas a fin de promover la satisfacción de las necesidades espirituales de los pacientes. En la tabla Diagnóstico enfermero 39-2 se enumeran algunas diferencias básicas entre las religiones en cuanto a creencias y prácticas relacionadas con la muerte. El personal enfermero debe ser sensible a las diferencias y asegurar que no se falte al respeto de manera inadvertida a las creencias religiosas de los pacientes y sus familias.

DIAGNÓSTICO ENFERMERO

TABLA 39-2 Creencias y prácticas religiosas relacionadas con la muerte

Afiliación religiosa	Creencias y prácticas relacionadas con la muerte
Adventista del Séptimo Día	Bautismo, comunión
Amigos (cuáqueros)	El individuo se comunica con Dios directamente, no creen en la vida después de la vida
Bautista	Oración, comunión
Budista	Últimos ritos por sacerdote budista
Católica	Oración, últimos ritos por sacerdote católico
Ciencia cristiana	Visita de un lector de ciencia cristiana
Cienciología	Confesión, visita con consejero pastoral
Episcopal	Oración, comunión, confesión, últimos ritos
Hinduista	Visita de sacerdote para realizar el ritual de atar un hilo en el cuello o la muñeca, verter agua en la boca; la familia lava el cuerpo después de la muerte, se acepta la cremación
Judía	Después de la muerte, el cuerpo es lavado por un religioso
Luterana	Oración, últimos ritos
Mormona	Bautismo y predicación al fallecido
Musulmana	Confesión, la familia prepara el cuerpo después de la muerte, el fallecido debe colocarse de cara a La Meca
Ortodoxa griega	Oración, comunión, últimos ritos por sacerdote
Ortodoxa rusa	Oración, comunión, últimos ritos por sacerdote
Pentecostal	Oración, comunión
Presbiteriana	Oración, últimos ritos
Unitaria	Oración, se acepta la cremación

En virtud de que es probable que la importancia de la religión en la vida de los pacientes en proceso de morir ea un reflejo del propósito de la religión en toda su vida, las valoraciones deben explorar no sólo su afiliación religiosa sino también sus prácticas religiosas individuales. Además, las enfermeras deben reconocer que religión y espiritualidad no son sinónimos (*v.* cap. 13). La religión no es sino un aspecto de la espiritualidad; los pacientes pueden ser muy espirituales sin tener afiliación religiosa. Para determinar la importancia de la espiritualidad y las necesidades espirituales de los pacientes, las enfermeras pueden hacer preguntas como las siguientes:

- ¿Qué le da a usted fortaleza para enfrentar los retos de la vida?
- ¿Siente usted una conexión con un ser o espíritu superior?
- ¿Qué le da significado a su vida?

Debe invitarse a clérigos y miembros de la congregación a la que el paciente

pertenece a convivir activamente con la persona y su familia, según sus deseos. Si el personal así lo quiere, puede ofrecer orar con los pacientes o leerles de textos religiosos; por supuesto, la enfermera debe asegurarse de que las oraciones sean consistentes con el sistema de creencias del paciente.

Signos de muerte inminente

Cuando la muerte está cerca, el funcionamiento corporal se hace más lento y se observan determinados signos y síntomas, como los siguientes:

- Descenso de la presión arterial.
- Pulso débil y rápido.
- Disnea y períodos de apnea.
- Respuesta pupilar a la luz más lenta o nula.
- Transpiración intensa.
- Frialdad de extremidades.
- Incontinencia vesical y fecal.
- Palidez y moteado de la piel.
- Pérdida de audición y visión.

Identificar la cercanía de la muerte permite al personal enfermero asegurarse de que la familia sea notificada y tenga la oportunidad de compartir los últimos minutos de vida juntos. Si no cuenta con la familia, un miembro del personal debe permanecer con él. Según sus deseos y de la familia, es posible que se llame a un clérigo para que lo visite en este momento. Es importante que el paciente no esté solo durante este período; incluso si parece que no reacciona, se le debe hablar y tocar.

Instrucciones previas (últimas voluntades)

Un paciente puede expresar sus deseos acerca de cuidados terminales y medidas de mantenimiento de la vida a través del documento legal de instrucciones previas. En Estados Unidos, todas las instituciones y agencias de salud que reciben fondos de Medicare y Medicaid deben proporcionar a los pacientes información acerca de la Patient Self-Determination Act, que da a los individuos el derecho de expresar su elección acerca de los cuidados médicos y quirúrgicos, y de que esas preferencias sean respetadas en una fase posterior de la vida si en ese momento son incapaces de comunicarlo. Las enfermeras deben revisar este tema con los pacientes a su ingreso en el hospital o la residencia para enfermos crónicos y discutir la importancia de que el paciente exprese sus deseos de una forma con validez legal. Para muchos mayores y sus familias es incómodo hablar de temas relacionados con la muerte; al plantear y guiar la discusión con sensibilidad, las enfermeras ayudan a las personas mayores a afrontar estos importantes temas y asegurarse de que se sepan sus deseos. Si existe un documento de últimas voluntades, la enfermera debe revisarlo con el paciente para asegurarse de que aún refleje su preferencia y colocar una copia en el expediente médico para informar a todos los miembros del equipo interdisciplinar. (En el capítulo 8 se exponen con mayor detalle los temas legales relativos a la muerte y el

proceso de morir).

CONCEPTO CLAVE

Un documento de últimas voluntades protege el derecho del paciente a tomar decisiones acerca de los cuidados terminales y elimina parte de la carga para los familiares durante estos momentos difíciles.

APOYO A FAMILIARES Y AMIGOS

El comentario de Thomas Mann de que «la muerte de un hombre es más asunto de los sobrevivientes que del hombre mismo» es un recordatorio de que es necesario considerar a familiares y amigos en la atención de la persona en proceso de morir. Es posible que ellos también tengan necesidades que requieren intervención terapéutica durante el proceso de morir de su ser querido. Ofrecer apoyo apropiado, durante todo este proceso, puede prevenir estrés innecesario y dar gran confort a los allegados de la persona que muere.

Apoyo durante las etapas del proceso de morir

Del mismo modo en que las personas moribundas experimentan diferentes reacciones al enfrentar la realidad de su muerte inminente, así la familia y los amigos pueden pasar por las etapas de negación, ira, negociación y depresión antes de estar listos para aceptar el hecho de que una persona especial en su vida está a punto de morir.

En la etapa de negación, es posible que familiares y amigos desalienten al paciente de hablar de la muerte o pensar en ella; lo visiten con menor frecuencia; declaren que el paciente estará mejor tan pronto vuelva a casa, comience a comer o le quiten el equipo de venoclisis; etcétera. Es posible que visiten a médicos u hospitales en busca de una cura especial para la enfermedad terminal.

Entre las posibles reacciones durante la etapa de ira están criticar al personal por el cuidado que suministra, reprochar a un familiar por no haber prestado atención antes al problema del paciente y preguntar por qué le pasan esas cosas a alguien que fue tan bueno en la vida.

Es factible que familiares y amigos intenten negociar para evitar o posponer la muerte de su ser querido. Tal vez digan al personal que saben que si se llevan al paciente a casa podrán mejorar su estado. En oración o de manera abierta quizá se propongan cuidar mejor del paciente si se les da otra oportunidad. Es probable que ofrezcan alguna acción específica (p. ej., ir a la iglesia con regularidad, hacer trabajo voluntario para buenas causas o dejar de beber) si tan sólo el paciente vive un lapso dado.

Cuando ingresan en la etapa de depresión, familiares y amigos tal vez confíen más en el personal. Es posible que comiencen a llorar y limitar el contacto con el paciente.

En la etapa de aceptación, a veces las personas reaccionan deseando pasar mucho tiempo con el paciente y hablando al personal sobre las buenas experiencias que

tuvieron con él y cuánto lo extrañarán. Quizá soliciten al personal que haga cosas especiales por el paciente (p. ej., hacer los arreglos para que se le sirvan sus comidas favoritas, eliminar determinadas intervenciones, proporcionar medidas de confort adicionales). Tal vez recuerden con frecuencia al personal asegurarse de llamarlos «cuando llegue el momento». Podrían comenzar a hacer arreglos específicos para su propia vida sin el paciente (p. ej., mudarse de casa, hacer planes acerca de sus propiedades, fortalecer sus relaciones con fines de apoyo).

Es claro que el tipo de apoyo de las enfermeras variará con la etapa en que se evalúa que se encuentra el familiar o amigo. Aunque las intervenciones enfermeras descritas para el individuo moribundo durante cada etapa pueden ser aplicables a familiares y amigos, las etapas que experimentan los allegados pueden no coincidir con aquella en que se encuentra el paciente. Por ejemplo, es posible que el paciente ya haya pasado por las diferentes etapas, aceptado la realidad de la muerte y esté listo para discutir de manera abierta el impacto de su muerte y hacer planes para sus sobrevivientes. Sin embargo, familiares y amigos pueden estar en diferentes etapas y no ser capaces de entender la aceptación del paciente. La enfermera debe estar consciente de estas discrepancias y proporcionar intervenciones terapéuticas individualizadas. Al dar apoyo apropiado a familiares y amigos en las diferentes etapas, la enfermera ofrece oportunidades para que las personas en proceso de morir discutan de manera abierta su muerte con interlocutores receptivos.

Ayuda a familiares y amigos después de una muerte

Cuando un paciente muere, es útil que la enfermera esté disponible para dar apoyo si familiares y amigos lo requieren. Algunas personas desean algunos minutos en privado con su familiar fallecido para verlo y tocarlo. Otras quieren que enfermera las acompañe en su visita al difunto. Otras más, tal vez no deseen siquiera entrar en la habitación. Las enfermeras deben respetar los deseos personales de familiares y amigos, y tener cuidado de no hacer juicios sobre la reacción de la familia con base en sus propias actitudes y creencias. Es beneficioso alentar a familiares y amigos a expresar de modo abierto su duelo. Llorar y verbalizar ayudan a algunas personas a afrontar y liberar sus sentimientos acerca de la muerte más que suprimir su manifestación para asumir una compostura silenciosa.

Los arreglos para el funeral y la disposición del cuerpo suelen requerir la orientación de un profesional. Los sobrevivientes del fallecido pueden estar experimentando luto, culpa u otras reacciones que los colocan en posición vulnerable. En este momento, son especialmente susceptibles a las argucias de vendedores que igualan su amor por el fallecido con el coste del funeral. Suele ser necesario que la familia pondere los extravagantes planes presentados por el vendedor contra cuestiones realistas acerca del impacto económico de ese funeral. Es valioso contar con la enfermera, un clérigo o un vecino para que identifiquen a alguien que pueda representar a la familia en este difícil momento e impedir que se aprovechen de ella. Debe alentarse a las personas a investigar sobre el trámite funerario y planear de antemano estos servicios. Además de libros sobre el tema, varias sociedades de esa industria pueden ayudar a los individuos en su planificación.

Después de que la agitación del funeral ha pasado y menos visitantes llegan para

presentar sus condolencias, es posible que comience a apreciarse el impacto de la muerte. En el momento en que ocurre la aflicción más intensa suele disponerse de menos recursos de apoyo. La enfermera gerontológica puede hacer los arreglos para que la familia sea visitada algunos meses después por una enfermera, un clérigo, un trabajador social u otra persona para asegurarse de que no esté pasando por una crisis. Grupos de viudas y otros similares pueden apoyar a los individuos en el proceso de duelo. También suele ser útil proporcionar el número telefónico de una persona a la cual la familia pueda contactar si requiere asistencia.

Hace décadas Edwin Schneidman, que hizo considerable trabajo posterior al fallecimiento con los sobrevivientes, formuló la siguiente guía concisa para trabajar con los familiares y amigos del fallecido. Su guía aún tiene vigencia en la actualidad (Schneidman, 1994):

- La atención total de una persona en proceso de morir debe incluir contacto y relación armónica con los futuros sobrevivientes.
- Al trabajar con sobrevivientes-víctimas de muertes horribles, es mejor comenzar cuanto antes después de la tragedia, en las primeras 72 h si es posible.
- Sobrevivientes-víctimas oponen notablemente poca resistencia; la mayoría está deseosa de hablar con un profesional, en particular si no tiene intereses personales en el asunto.
- Debe explorarse la participación de emociones negativas hacia el fallecido (irritación, ira, envidia, culpa), pero no desde el principio.
- El profesional tiene la importante función de verificador de la realidad, no como eco de la conciencia sino como la sosegada voz de la razón.
- Es crucial la valoración médica de los sobrevivientes. Es necesario estar alerta a la posible declinación de la salud física y el bienestar mental general.

APOYO AL PERSONAL ENFERMERO

Los miembros del personal que trabajan con el individuo moribundo tienen su propio conjunto de sentimientos acerca de esta significativa experiencia. Suele ser extremadamente difícil para el personal no sólo aceptar la muerte de un paciente específico, sino también reconciliarse con el tema global de la muerte. Algunos miembros del personal comparten la dificultad que muchas personas tienen para aceptar su propia mortalidad. Sus experiencias con la muerte pueden ser limitadas, lo mismo que su exposición al tema a través de educación formal. En una profesión de la salud en la cual el énfasis se hace principalmente en «curar», la muerte suele ser vista como un fracaso lamentable. Es posible que el personal enfermero se sienta impotente al advertir que sus mejores esfuerzos hacen poco por vencer la realidad de la muerte inminente. No es raro que una enfermera que atiende a un paciente moribundo también experimente las etapas del proceso de morir descrito por Elisabeth Kübler-Ross. Es común observar a miembros del personal cuidador evitar el contacto con tales pacientes, decirles que «se animen» y no piensen en la muerte, seguir realizando medidas «heroicas» aunque el paciente esté a punto de morir y

sufrir por su muerte. El personal enfermero puede estar limitado en su capacidad para apoyar a los pacientes y sus familiares si está en una etapa distinta que ellos.

Las enfermeras que trabajan con un paciente moribundo requieren mucho apoyo. Las colegas deben ayudarlas a explorar sus propias reacciones a los pacientes en proceso de morir y reconocer cuando esas reacciones interfieren en una relación terapéutica enfermerapaciente. La actitud de las colegas y el ambiente debe ser tal que el personal enfermero pueda retroceder de una situación que no es terapéutica para él o para el paciente. Alentar a la enfermera a llorar o mostrar emociones de otras formas puede ser extremadamente benéfico. Tanatólogos, personal de cuidados paliativos y otros recursos humanos también pueden ser valiosos para dar apoyo a las enfermeras que asisten a un individuo en el proceso de morir.

CONCEPTO CLAVE

El personal enfermero debe ser alentado a expresar sus propios sentimientos acerca de la muerte de un paciente.

LLEVANDO LA INVESTIGACIÓN A LA VIDA

DETECCIÓN Y TRATAMIENTO DE LA DEPRESIÓN: CUIDADOS PALIATIVOS, AUTOEFICACIA DE LAS ENFERMERAS Y BARRERAS PERCIBIDAS A LA ATENCIÓN

McCabe, M. P., Mellor, D., Davison, T. E., Hallford, D. J., & Goldhammer, D. L. (2012). Journal of Palliative Medicine, 15(4), 463–467.

Aunque tiene alta prevalencia, muchas veces la depresión no se reconoce y trata en individuos que reciben cuidados paliativos. Las enfermeras, debido a su trabajo directo con los pacientes, están en una posición ideal para identificar depresión y ayudar a los pacientes a obtener tratamiento, pero la investigación indica que su confianza y sus competencias para hacerlo son bajas. En este estudio se investigaron posibles causas de ello. Los resultados indican que las enfermeras tuvieron dificultad para diferenciar depresión de aflicción, no fueron capaces de detectar signos y síntomas de depresión en muchos pacientes, y carecían de habilidades para discutir la depresión con pacientes y familiares.

Este estudio apoya la necesidad de que las enfermeras reciban más enseñanza acerca de la valoración y el cuidado de la depresión en personas que reciben cuidados paliativos. Abordar la depresión puede dar un confort que contribuye a aliviar el sufrimiento y agregar calidad a los días finales de la vida.

REALIDADES PRÁCTICAS

El Sr. Herrera, de 78 años, ha sido usuario por mucho tiempo de una comunidad de personas jubiladas. Aunque conserva la agudeza mental, su estado físico ha declinado en los últimos meses y se le diagnosticó cáncer pancreático. Rechazó el tratamiento aduciendo que comprende su pronóstico adverso y prefiere pasar lo que le quede de vida libre del estrés y los efectos adversos del tratamiento.

El mes pasado el Sr. Herrera fue transferido a la sección para enfermos crónicos de la comunidad. La enfermera notó que varias personas lo visitaban con regularidad y otro residente le comentó que esas personas eran parte de un grupo que apoya el suicidio asistido.

Unos pocos días después, al entrar en el dormitorio del Sr. Herrera para la ronda matutina, descubre que está muerto. Junto a la cama hay varios papeles que describen a quién contactar y qué planes hacer. La enfermera sabe que las personas que lo habían venido visitando estuvieron ahí la tarde anterior y pasaron mucho tiempo en una reunión privada con el Sr. Herrera.

Uno de los usuarios comenta que el Sr. Herrera «se fue por su propia mano». Parece ser que varios otros usuarios apoyan esta opción; en efecto, la causa de muerte es suicidio.

¿Qué debe hacerse en esta situación?

EJERCICIOS DE PENSAMIENTO CRÍTICO

1. Discutir factores que hacen que las personas de culturas occidentales tengan dificultad para discutir y planificar la muerte.
2. Al abordar a un grupo de adultos mayores en un centro para ciudadanos mayores, ¿qué ejemplos podrían ofrecerse para apoyar los beneficios de redactar un documento de instrucciones previas?
3. Citar algunos ejemplos de conductas que podrían demostrar reacciones del personal enfermero a la muerte de un paciente crónico.

RECURSOS

Instrucciones previas (por estado de la Unión Americana)
http://www.caringinfo.org
American Hospice Foundation
http://www.americanhospice.org
End of Life/Palliative Education Resource Center
www.aacn.nche.edu/ehec/curriculum.htm
Family Hospice y Cuidados paliativos
http://www.familyhospice.com
Hospice
http://www.hospicenet.org
Hospice Foundation of America
http://www.hospicefoundation.org
International Association for Hospice & Palliative Care
http://www.hospicecare.com

National Hospice and Palliative Care Organization
http://www.nhpco.org

REFERENCIAS

Kübler-Ross, E. (1969). *On death and dying*. New York, NY: Macmillan.

Schneidman, E. S. (1994). Postvention and the survivor-victim. In E. S. Schneidman (Ed.), Death: Current perspectives (4th ed.). New York, NY: Aronson Jason.

LECTURAS RECOMENDADAS

Las lecturas recomendadas relacionadas con este capítulo pueden encontrarse en el sitio web que acompaña al libro. Visítese **http://thepoint.lww.com/espanol-Eliopoulos8e** para acceder a las lecturas recomendadas y otros recursos adicionales vinculados con este capítulo.

Índice de unidades

Nota: los números de página seguidos de las letras «f» y «t» se refieren a figuras y tablas, respectivamente.

A

AARP. Véase *American Association of Retired Persons* (AARP)
Abdominales, ancurismas aórticos, 281
«Abierta», prostatectomía, 156t
Absceso, pulmonar, 260
Absolutismo, 113
Abuelos, 37–38, 38f
Abuso
  adulto mayor, 109–110
  alcohol, 434–435
  detección, 110
  disfunción familiar y, 514
Acarbosa, 380
Accidental, hipotermia, 490t
Accidente cerebrovascular, 353–354
Aceites, interacciones con medicamentos y fármacos, 228t
Aceptación de uno mismo, 148
Acetilsalicílico, ácido, interacciones con alimentos y fármacos, 227t
Actividad, teorías de la, 17
Actividad y ejercicios, 324–326. Véase también Seguridad
  apoyo social y, 124–125

creatividad, 332
efectos de la inactividad, 331
entrenamiento de la fuerza, 325
envejecimiento y riesgos, 325
flexibilidad, 325
frecuencia cardíaca durante la, 326
limitaciones a la movilidad física, 333
prevención de la inactividad, 331–334
resistencia cardiovascular, 325
Actividades de la vida diaria (AVD), 467, 470, 471t
Acupresión, 198, 200, 463
Acupuntura, 148, 198, 263, 463
Adrenocorticotrópica, hormona (HACT), 63
Adulto mayor, abuso del, 109–110, 508
Adultos, educación a, 125
Adultos mayores, 2–10
accidente cerebrovascular, 357
adherencia al tratamiento antihipertensivo, 248–249
afecciones crónicas y, 8, 457
aportes dietéticos recomendados (ADR), 173t
atención hospitalaria, 130
cáncer, 421–423
características, 4–7
cirugía prostática, 319–320
creencias sobre los tratamientos farmacológicos, 248–249
crisis económica, 10
cuidado temporal de, 127
cuidados a largo plazo, 122–130, 123f
defensa para, 84
descanso y sueño. Véase Sueño
dolor. Véase Dolor
educación, 9f
enfermedades crónicas, 98–99
enseñanza, 80
EPOC, 259–260
esperanza de vida, 4–5, 5t
estado civil y patrones de cohabitación, 5–6, 6f
fármacos de uso inapropiado, 232, 233t
glaucoma de ángulo abierto, 366–368
hernia hiatal, 296
hospitalización, 484
incontinencia urinaria, 310–311
ingresos y empleo, 6
insuficiencia cardíaca, 276–277
My Plate modificado para, 174f
necesidades
hídricas, 177–178
nutricionales, 173–177
osteoartritis, 338–339
patrones de cohabitación, 7f
planeación del alta hospitalaria, 493–494, 494f
prácticas
de salud oral, 291
saludables complementarias, 131f
principales causas de muerte, 9t

programas de ejercicio, 327–328
seguros de salud, 7–8
servicios de cuidados diurnos para, 121, 127, 127f
sexo, 148–150
signos de posible infección, 407
tasa de envejecimiento, 6t
toma de decisiones, 118
Adventistas del Séptimo Día, creencias y prácticas, 165
relacionadas con la muerte, 525t
Afroamericanos, 26–27
Agracejo, hierba de, efectos adversos, 228t
Agresión, 102
Agresivo, tratamiento antihipertensivo, 274
Agudo, dolor, 194, 196
AINE. Véase No esteroideos, antiinflamatorios (AINE)
Ajo, efectos adversos, 228t
Alcance y normas de la enfermería gerontológica, 101
Alcohol, abuso, 434–435
Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT), 435
Alcoholismo, deterioro cognitivo y, 443
Aldosterona, 63
Alergia a fármacos, 232
Alimentos, 124
Aloe, efectos adversos, 228t
Alopurinol, interacciones con alimentos y otros fármacos, 227t
Alta hospitalaria, planificación, 493–494, 494f
Alternativos y complementarios, tratamientos
cáncer, tratamiento, 421
cuidados continuos, 129–130
demencia, 449
enfermedades crónicas, 462–463
menopausia, 148
sistema tegumentario, 394
Altura
cambios relacionados con la edad, 53f
medición, 182
Alzheimer, enfermedad de (EA), 146, 444–447
adultos mayores con, 450–451
causas posibles, 445
deterioro cognitivo leve, 445
etapas de, 446
síntomas, 445–446
tratamiento, 446–447
Ambientales, teorías, 16
Ambiente
colores, 211
consideraciones psicosociales, 214–215
control del ruido, 212–213
estimulación sensorial, 212
iluminación, 210
jerarquía de Maslow, 208t
lista de evaluación, 209
muebles, 212
olores, 211
peligro de incendios, 213–214

peligros en el cuarto de baño, 213
probable impacto ambiental, 208t–209t
revestimientos del piso, 211–212
salud y bienestar, 207–208
temperatura, 210–211
American Association of Retired Persons (AARP), 31, 124, 221
American Journal of Nursing, 73
American Nurses Association (ANA), 73, 74, 113
Aminoglucósidos, efectos adversos, 401t
Amor, espiritualidad y, 162
Analgésicos, 236–237
Andropausia, 144, 148–149
Anemia
deterioro cognitivo y, 443
relacionada con fármacos, 179
Aneurismas, 281
Angélica, efectos adversos, 228t
Angina, 277–278
Angiotensina, enzima convertidora de la (ECA), inhibidores, 152, 241, 274
Anorexia, 172, 179, 289, 295
fármacos relacionados, 179
Ansiedad, 434
Ansiolíticos, 245–246
interacciones farmacológicas con, 227t
Antagonista, teorías de la pleiotropia, 14
Antebrazo, circunferencia del, 181
Antiácidos, 237–238
alimentos/fármacos, interacciones con, 227t, 228t
Antibióticos, 238–239
alternativas, 401
efectos adversos, 401t
uso cuidadoso, 400–401
Anticipadas, instrucciones, 108–109
Anticoagulantes, 239
interacciones farmacológicas con, 227t
Anticomiciales, 239–240
Antidepresivos, 246–247
interacciones farmacológicas con, 227t
Antidiabéticos (hipoglucemiantes), fármacos, 240–241
interacciones farmacológicas con, 227t
Antígeno, 398
Antihipertensivos, fármacos, 241–242
interacciones farmacológicas con, 227t
Antihistamínicos, interacciones con alimentos y fármacos, 227t
Antiinflamatorios, interacciones farmacológicas con, 227t
Antipsicóticos, 247–248
interacciones farmacológicas con, 227t
Apendicitis, 301
Apetito, función gastrointestinal y, 292
Apio, efectos adversos, 228t
Apoplejía, 156t
Aprendizaje, cambios relacionados con la edad, 65
Aromaterapia, 198, 463
Arritmias, 266, 279–280
Arterial, presión

disminución, 274, 278
elevación, 55, 234, 261, 274
vigilancia en afroamericanos, 26, 26f
Arteriosclerosis, 156t
Articulaciones, rigidez, 490t
Artritis, 156t
Asaltos, 102
Asesoría, 125
Asiáticos americanos, 27–29
Asilo de adultos mayores, 496
Asilos, 122, 129
Asistencia, tecnología de, 467
Asma, 257
Atáxica, marcha, 336t
Atelectasia, 489t
Atención al final de la vida, 517. Véase también Muerte y morir
apoyo
al individuo que muere, 519–526
equipo de enfermería, 527–528
familiar y de amigos, 526–527
asilo, 520
cambios en las tasas de natalidad y mortalidad, 518f
definiciones de muerte, 518
experiencia familiar con el proceso de la muerte, 518–519
pacientes deprimidos, 528
Atención médica, costos de, enfermería gerontológica, 84
Aterosclerosis, 266
Atrófica, vaginitis, 317
Audición, cambios relacionados con la edad, 62
Audífonos, 371–372, 371f
modelos que se colocan detrás de la oreja, 371f
modelos que se colocan en el canal auditivo, 371f
Autocuidado y crianza, 137–140
conexión con uno mismo, 138
densidad de la materia gris, 140
escritura de un diario, 138–139
espiritualidad, 138
fortalecimiento y creación de conexiones, 138–140
meditación, 139
obtención de historias de la vida, 138
prácticas positivas de salud, 137
proceso dinámico, 140
relaciones, 138
retiro de las prácticas poco saludables, 137
retiros, 139–140
Autoinmunitarias, reacciones, 402
Autonomía, 112, 115
Autoridad, abuso de, 102
Avanzadas, prácticas de enfermería (PAE), 98–99
Ayurvédica, medicina, 463

B

Baby boomers
generación, 146

impacto, 9
Bálsamos, efectos adversos, 228t
Basal, gasto energético. Véase Harris-Benedict, ecuación de
Bautistas, creencias y prácticas, 165
relación con la muerte, 525t
Beers, criterios de, 225, 231
Beneficencia, 112, 114
Biguanidas, 380
Biliar, tracto, enfermedades del, 301–302
Biogerontología, 15
Biológica, vida media, 225
Biológicas, teorías, 13–16, 13f
Biológico, reloj, 15
Biorretroalimentación, 198, 463
Bisexual, 23
Boca seca (xerostomía), 293
Bocio, 384
Bradicinesia, 352
Braquial, pulso, 272
BRCA, 417, 419
Broncodilatadores, 263
Bronquitis, crónica, 257
Bucal, salud, 178
Budistas, creencias y prácticas relacionadas con la muerte, 525t
Buerger-Allen, ejercicios de, 280

C

Cabello
cambios relacionados con el envejecimiento, 53f
evaluación nutricional, 181
extremidades, 271
Cadera
evaluación física, 335
rango de movimiento
ejercicios, 474f
evaluación, 476t
Calcio, 268
fuentes, 333t
ingesta recomendada, 164t, 173t
suplementos, interacciones con alimentos y fármacos, 227t
Calidad de atención, enfermería gerontológica, 84
Callos, 342
Calóricas, necesidades, cantidad/calidad, 173–175
Caminantes, 477–478
Canas, 477
Cáncer
adultos mayores con, 421–423
colorrectal, 298–299, 424
detección, 420
endometrio, 317
envejecimiento y, 418–420
esofágico, 297
factores de riesgo, prevención y detección, 418–420
gástrico, 297

MAC, 420–421
mama, 318
ovarios, 318
pancreático, 301
piel, 387
prostático, 320
pulmonar, 258–260
terapia alternativa y complementaria, 421
tratamiento convencional, 420
vaginal, 317
Capacidad de atención, cambios relacionados con la edad en, 65
Carbohidratos, ingesta recomendada, 173t
Cardíaca
función, disminución, alteraciones cognitivas y, 443
insuficiencia, 490t
Cardíacas, arritmias, 257
Cardiovascular, sistema
afecciones frecuentes, 270–286
aneurismas, 281
angina, 277–278
arritmias, 266
aterosclerosis, 266
cambios relacionados con la edad, 54–55, 54f
cuidado de los pies, 285
desacondicionamiento físico, 266
detección de proteína C-reactiva, 270
educación al paciente, 282
efectos del envejecimiento, 267
riesgos para una adecuada circulación, 267t
tejido saludable, 267
embolismo pulmonar, 275–277
enfermedad
arterial coronaria, 277–278
en la mujer, 270
vascular periférica, 285
fomento
de la circulación, 284–285
de la normalidad, 285–286
hiperlipidemia, 279
hipertensión, 266
hipotensión, 275
infarto al miocardio, 278
insuficiencia cardíaca congestiva, 275
prevención de las complicaciones en, 282–284
promoción para la salud, 267–270
dieta de Ornish, 269
dieta inversa, 268
ejercicio adecuado, 269
intervenciones proactivas, 269–270
manejo del estrés, 269
nutrición adecuada, 267–269
supresión del tabaquismo, 269
terapias complementarias, 286
Cardiovasculares, enfermedades
dieta y, 175

mujeres, 175
Cartas, escritura, 47
Casa, comidas entregadas en, 126
Cáscara sagrada, efectos adversos, 228t
Casos, manejo de, 121–122, 128
Cataratas, 364–365, 369f
Católicos, creencias y prácticas relacionadas con la muerte, 525t
Cefalosporinas, efectos adversos, 401t
Celecoxib, 242
Células, cambios relacionados con la edad en, 52
Central, sistema nervioso, alteraciones, deterioro cognitivo y, 443
Centros de atención a largo plazo
actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD), 503
admisión en un hogar de adultos mayores, 501, 501–502
alternativas de Eden, 504–505
desarrollo, 497–499
directrices de los hogares de adultos mayores, 499
funciones y responsabilidades de las enfermeras, 500–503
higiene, 503
holismo y sanación, 504
movimiento de los cambios culturales, 504
residentes
de centros de atención, 499–503
de un hogar de adultos mayores, 499–500, 504f
selección de un hogar de ancianos, 500–501
Cerebral, muerte, 518
Cerebrovascular, accidente, 353–354
Chaparral, efectos adversos, 228t
Chigong taoístas, 463
China, medicina, 27
Chino, norteamericanos de origen, 27–28
Ciclooxigenasa II (COX-2), inhibidores, 242
Cienciología, creencias y prácticas relacionadas con la muerte, 525t
Cifosis, 252, 253
Cimetidina, interacciones con alimentos y fármacos, 227t
Cimífuga, efectos adversos, 228t
Circadianos, ritmos, 185, 189
sueño-vigilia, 186
Circulación. Véase Cardiovascular, sistema
Cistocele, disfunción sexual, 156t
Clonidina, interacciones con alimentos y fármacos, 228t
Clorpromazina, interacciones con alimentos y fármacos, 227t
Clostridium difficile, infección, 413–414
Codo
evaluación física, 335
rango de movimiento
ejercicios, 473f
evaluación, 476t
Cognición, fármacos que mejoran la, 243
Cognitiva, terapia conductual, 440
Cognitivo, deterioro, 442, 445
Colchicina, interacciones con alimentos y fármacos, 228t
Colelitiasis, 289, 301
Colorrectal, cáncer, 298–299, 424
Columna cervical

problemas de, 317
rango de movimiento, ejercicios, 474f
Comer. Véase también Dieta; Nutrición
actividades de la vida diaria, evaluación y, 471t
con disfagia, 178
Comidas servidas a domicilio, 126
Comodidad, 194–195. Véase también Dolor
acupresión, 200
calidad del tiempo dedicado a los pacientes, 201–202
masaje, 200
terapia táctil, 200
Comorbilidad, 2
Competencias, 72
enfermería gerontológica, 75–76
paciente, 105
supervivencia, 48
Complementaria y alternativa, medicina (MAC), 417, 420–421
apoyo, 420
comodidad, 420
cuidado enfocado en las relaciones, 420
esperanza, 420
sociedades de sanación, 420
Complementarias, terapias. Véase Alternativos y complementarios, tratamientos
Compras desde el hogar, 125
Comunidades de cuidados continuados para personas retiradas (CCCR), 124
Conceptos erróneos, 146
Conexiones
estrategias en adultos mayores, 158
por y para enfermeras, 136, 138
Confidencialidad, 103, 112, 115
Confusionales, estados, agudos, 490t
Congestiva, insuficiencia cardíaca, 275
deterioro cognitivo e, 443
Consentimiento, 100
informado, 105, 105f
Consuelda, efectos adversos, 228t
Consumo, políticas de, 125
Continua, atención, 122–130
acoplar los servicios a las necesidades en, 130–131
adultos mayores, 123f
optimización de las transiciones en el cuidado, 132–133
servicio de apoyo y prevención, 123–125
servicios
atención continua y completa, 129
complementarios y alternativos, 129–130
cuidados parciales e intermitentes, 126–128
Continuidad, teorías de, 17–18
Contracturas, 490t
Cónyuge, pérdida del 39, 39f
Coronaria, enfermedad arterial, 277–278
angina, 277–278
infarto al miocardio, 278
programas de entrenamiento, 278
Corporal, temperatura
cambios relacionados con la edad en, 64, 210–211, 220

enfermedad cardiovascular, 283
Correos electrónicos, 47
Cotrimoxazol, efectos adversos, 401t
C-reactiva, detección de proteína, 270
Creencias y prácticas relacionadas con la muerte, 525t
Creutzfeldt-Jakob, enfermedad de, 447
Crianza, 38
Criminal, negligencia, 102
Cristalizada, inteligencia, 51
Cristiana, cienciología, creencias y prácticas relacionadas con la muerte, 525t
Cromo, 268
Crónico, estreñimiento, 299–300
Crónicas, enfermedades
apoyo grupal, 462
aprendizaje, 461–462
atención familiar continua, 464
cuidado institucional, 464
elección inteligente del estilo de vida, 462
entrenador de cuidados a largo plazo, 461, 461f, 462
evaluación, 460
factores psicosociales, 464
factores que afectan, 463–464
mecanismos de defensa e implicaciones, 463
objetivos, 457–460
selección del médico, 461
tratamientos complementarios y alternativos, 462–463
Crónico, dolor, 194, 196, 199
Cuáqueros (Amigos), creencias y prácticas, 165
relacionadas con la muerte, 525t
Cubital, pulso, 272
Cuello
evaluación física, 335
rango de movimiento, evaluación, 476t
Cuerpo desechable, teorías del, 14–15
Cuidador, 511–515
caos e incertidumbre, 515
dinámica y relaciones familiares, 510–511
disfunción familiar y abuso, 514
educación del, 79, 83, 84
estrategias de enfermería, 513
exceso de trabajo, 508
familia del adulto mayor, 511f
funciones de los miembros de la familia, 509–510
identificación de los miembros de la familia, 509
interrupción a los procesos familiares, 512
protección a la salud, 512–513
recompensas, 514
transición poscuidado, 515
visión, 511–512, 511
Cultura, 23
Cumulative Index to Nursing Literature, 73
Custodia. Véase Tutela

D

Deber, 100, 103
Dedos
  evaluación física, 335
  rango de movimiento
    ejercicios, 475f
    evaluación, 476t
Dedos de los pies
  evaluación física, 335
  rango de movimiento
    ejercicios, 475f
    evaluación, 476t
Defensa, mecanismos de, 456, 463
Defensor, enfermera en función de, 80
Delirio, 442, 443–444, 490t
  frente a demencia, 443t
Demencia, 110, 442
  cuerpos de Lewy, 447
  cuidado de personas con, 447–452, 448f
  cuidados físicos, 449
  encefalopatía de Wernicke, 447
  enfermedad
    de Alzheimer, 447–447
    de Creutzfeldt-Jakob, 447
  familia del paciente, 449
  frontotemporal, 447
  relacionada con VIH, 146
  residentes de asilos con, 183
  respeto al individuo, 449
  seguridad del paciente, 447–448
  Sida, 447
  síndrome de la puesta de sol, 448
  técnicas de comunicación, 448
  terapias complementarias y alternativas, 449
  terapias y actividad, 448
  traumatismos y toxinas, 447
  vascular, 447
  frente a delirio, 443t
Dentales, problemas, 293–295
Depresión, 428–434, 528
  antidepresivos, 433
  cuidados de pacientes deprimidos, 433
  escala de depresión geriátrica, 432
  fármacos que causan depresión, 432
  riesgo de suicidio, 432–434
  signos y síntomas, 430–432
  tratamiento, 432
Derecho público, 101
  privado, 101
Desacondicionamiento físico, 266
Desarrollo, teorías de las tareas de, 18–19
Descanso, 185–192. Véase también Sueño
Desdiferenciación, hipótesis de, 68
Deshidratación, deterioro cognitivo y, 443
Desnutrición, 180–181, 489t
  deterioro cognitivo y, 443

Desprendimiento de la retina, 368–369
Diabetes mellitus, 156t, 376–383
  complicaciones, 382–383
  contenidos para la educación del paciente diabético, 377
  cuidado y monitorización del paciente por sí mismo, 380–381
    método de punción digital, 381
    vigilancia de los triglicéridos, 381
  diagnóstico, 376–377
    contractura de Dupuytren, 376
  diagnósticos de enfermería, 378
  directrices generales para la educación del paciente, 379
  ejercicio y nutrición, 381–382, 381f
  manejo de la enfermedad, 377–378
  mortalidad por todas las causas, 384
  objetivos del plan terapéutico, 383
  personas con obesidad y sobrepeso, 377
  prueba de la hemoglobina A1c (HbA1c), 381
  síndrome metabólico, 381
  tratamiento farmacológico, 378–380
Diario, por las enfermeras, 47, 138–139
Diarrea relacionada con fármacos, 179
Dicumarol, interacciones con alimentos y fármacos, 228t
Diente de león, efectos adversos, 228t
Dieta. Véase también Nutrición
  capacidad antioxidante, 357
  durante la menopausia, 148
  invertida, 268
  kosher, 29
  Ornish, 269
  sistema inmunitario y, 398–399
Difamación, 102
Digestión y evacuación de intestino. Véase Gastrointestinal, sistema
Digitálicos, interacciones con alimentos y fármacos, 227t, 228t
Dignidad, espiritualidad y, 162
Digoxina, 244
Dilemas éticos, 115–116
Directrices, 72
  de atención, 101
Discapacidad, 467
Discriminación por razones de edad, 35, 36
Disfagia, 172, 179, 289, 295
  esofágica, 295
  orofaríngea, 289
Disminución de la morbilidad, 2
Dispareunia, 144, 318
Diuréticos, 244–245
Diurnos
  programas hospitalarios, 127–128
  tratamientos, 127–128
Diversidad, 23–33
  consideraciones de enfermería para cuidados culturalmente sensibles, 31–32
  disparidad racial, 32–33
  en Estados Unidos, 27–31
  incremento en, 24
  medicina china, 27

Diverticular, enfermedad, 297–298
Diverticulitis, 289, 308
Divorcio, 6f
Dolor, 194–203
  adultos mayores, 195–196
  agudo, 194, 196
  bienestar, 201–202
    cíclico, 202f
  cambios dietéticos, 200–201
  control, 192
  deterioro cognitivo y, 443
  evaluación, 196–198, 203
    cuestionario del dolor McGill, 198
    escala de evaluación numérica, 197
    escala visual análoga, 197
  neuropático, 194, 195–196
  nociceptivo, 194, 195
  percepción, 196
  persistente o crónico, 194, 196, 199
  personas con deficiencias cognitivas, 197
  resistente al tratamiento, 196
  somático, 195
  terapias complementarias, 198–200
  tratamiento farmacológico, 201
  visceral, 195
Dorsal, pulso pedio, 272
Dupuytren, contractura de, 376

E

ECA. Véase Angiotensina, enzima convertidora de (ECA), inhibidores
Económicos, problemas, que afectan a los adultos mayores, 119
Edad, cambios relacionados, 51–68
  aprendizaje, 65
  aspecto físico, 52, 53f
  audición, 62
  capacidad de atención, 65
  células, 52
  hipótesis de la desdiferenciación, 68
  implicaciones en las funciones de la enfermera, 65–66, 66t–67t
  inteligencia, 64–65
  memoria, 64
  olfato y degustación, 62
  personalidad, 64
  respuesta sexual, 150
  sistema
    cardiovascular, 54–55, 54f
    endocrino, 62–63
    gastrointestinal 55–57, 56f
    inmunitario, 63–64
    musculoesquelético, 58–59, 59f
    nervioso, 60, 60f
    reproductor, 57–58, 58f
    respiratorio, 52–54, 53f
    tegumentario, 63

urinario, 57, 57f
sueño, 186
tacto, 62
termorregulación, 64
vista, 61–62
Educación a los adultos, 125
Educadora, enfermera como, 79–80
Egoísmo, 113
Ejercicios, 148, 198, 324–326, 399
cálculo de la frecuencia cardíaca, 326
cama, 329
entrenamiento
cardiovascular, 325
de la fuerza, 325
envejecimiento y riesgos, 325
flexibilidad, 325
Kegel, 309
para realizar en cualquier momento, 329, 329f–33f
programas para los adultos mayores, 326–328
rango de movimiento, 472–476, 476t
ejercicios, 475f
evaluación, 476t
Ejército de salvación, creencias y prácticas, 165
Elástico, retroceso, 252, 253
Elastosis solar, 387
Eléctrica, estimulación, 198
Electrónicos, correos, 47
Embolismo
pulmonar, 275–277
venoso, 282
Embriónico, tejido, inyección de, 13
Emocional, experiencia, teorías, 21
Emocional, homeostasis, 426
Empleo, 6, 123–124
Encarnadas, uñas (onicocriptosis), 343
Endocrino, sistema
cambios relacionados con la edad, 62–63
diabetes mellitus, 376–383
efectos del envejecimiento, 376
hipertiroidismo, 384–385
hipotiroidismo, 383–384
realidades prácticas, 385
Endometrial, cáncer, 317
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), 252, 257–258, 465
adulto mayor con, 259–260
asma, 257
bronquitis crónica, 257
cáncer pulmonar, 258–260
enfisema, 258
Enfermería
implicaciones en funciones de, cambios relacionados con la edad, 65–66, 66t–67t
plan de atención de, 93–98
teorías de la práctica de, 19
Enfermería, diagnósticos de
actividad, 325t

circulación, 267t
cirugías, 486t
estreñimiento, 299
descanso y sueño, 185t, 189
deterioro en la mobilidad física, 333
deterioros sensoriales, 363t–364t
diabetes mellitus, 378t
disfunción sexual, 151t, 154
dolor crónico, 199
enfermedades crónicas, 458t
envejecimiento y problemas urinarios, 307t
estado nutricional, 173
lesiones, 217
muerte y morir, 521t, 525t
patrones respiratorios inefectivos, 257
problemas
cardiovasculares, 273t–274t
dermatológicos, 378t, 388
gastrointestinales, 294t
musculoesqueléticos, 334, 334t
neurológicos, 351t–352t
sistema reproductor, 316t
respiración, 254t
seguridad, 206t
sufrimiento espiritual, 164
volumen de líquidos insuficientes, 176
Enfisema, 258
Entierro, 527
Entrecruzamiento, teorías del, 14
Entrenador de cuidados a largo plazo, 461
Entrenamiento físico, programas, 278
Envejecimiento, 12. Véase también Edad, cambios relacionados
actividad, 17
acumulación de mutaciones, 14
ambiental, 16
baby boomers, influencia en, 9
biológica, 13–16, 13f
como un proceso natural, 76–77
competencias para la supervivencia, 48
continuidad, 17–18
cuerpo desechable, 14–15
efectos, 226–231, 226f
entrecruzamiento, 14
estocástico, 14–15
estratificación de la edad, 18
evolutivo, 14–15
experiencia emocional, 21
factores contribuyentes, 77–78
genético, 15
gerotrascendencia, 19
neuroendocrino y neuroquímico, 16
no estocástico, 15–16
nutrición, 16
pleiotropia antagonista, 14
prácticas de enfermería, 19

prestaciones y pago de servicios, 9–10
psicológico, 18–19
radiación, 16
radicales libres y lipofuscina, 14
reminiscencia, 45
retiro, 16–17
sociológico, 16–18
subcultura, 18
tareas evolutivas, 18–19
teorías, 12–21
de estratificación, 18
Envejecimiento, cambios relacionados, 51–68
aprendizaje, 65
aspecto físico, 52, 53f
audición, 62
capacidad de atención, 65
células, 52
implicaciones en las funciones de enfermería, 65–66, 66t–67t
inteligencia, 64–65
memoria, 64
olfato y degustación, 62
órganos sensoriales, 60–62, 61f
personalidad, 64
sistema
cardiovascular, 54–55, 54f
endocrino, 62–63
gastrointestinal, 55–57, 56f
inmunitario, 63–64
musculoesquelético, 58–59, 59f
nervioso, 60, 60f
reproductor, 57–58, 58f
respiratorio, 52–54, 53f
tegumentario, 63
urinario, 57, 57f
tacto, 62
termorregulación, 64
vista, 61–62
Ephedra, efectos adversos, 228t
Epidermis, 391
Episcopales, creencias y prácticas, 165
relacionadas con la muerte, 525t
Eréctil, disfunción, 144, 318–319
Erikson, tareas de desarrollo de, 18t
Eritromicina, efectos adversos, 401t
Error, teoría del, 15
Escroto, tumores, 320–321
Esofágica, disfagia, 289, 295
Esofágico, cáncer, 297
Espasmódicos, movimientos de las piernas. Véase Piernas inquietas, síndrome de
Espástica, marcha, 336t
Esperanza, espiritualidad y, 162
Esperanza de vida, 2
Espino, efectos adversos, 228t
Espiritual, sufrimiento, 161, 164
Espirituales, necesidades, 162–163

amor, 162
cercanía y confianza, 164
dignidad, 162
esperanza, 162
expresiones de fe, 162–163
gratitud, 162
honrar las creencias y las prácticas, 164
perdón, 162
significado y propósito, 162
soledad, 167
trascendencia, 162
Espiritualidad, 138, 161–169
atención a las necesidades espirituales, 164–168
enfermeras parroquiales, 168
esperanza, 167–168
evaluación, 163
importancia de la atención espiritual, 168
necesidades espirituales, 162–163
Espironolactona, interacciones con alimentos y fármacos, 228t
Estancia falsa, 102
Estocásticas, teorías, 12, 14–15
Estreñimiento, 179–180, 299
crónico, 299–300
persona agonizante, 524
relacionada con fármacos, 179
Estrés
incontinencia por, 308
manejo, 400
prácticas, 148
Estrés emocional, deterioro cognitivo y, 443
Estrógenos, interacciones con alimentos y fármacos, 228t
Etapa avanzada, 185
Ética, 112
código de, 114
conflictos de interés, 117
definición, 113
directrices internas y externas, 113–114
enfermería gerontológica, 113–115
fundamentos, 114–115, 115f
incremento en el número de adultos mayores, 117
papel extendido de las enfermeras, 115–116
restricciones físicas, 117
suicidio asistido, 117
tecnología médica, 116–117
toma de decisiones, 117–119
Éticos, dilemas, 115–116
Étnicos, grupos, 23
Etnocentrismo, 23
Evidencia, práctica basada en, 72
Evolutivas, teorías, 14–15

F

Falsa, estancia, 102
Familia y amigos, 36–38, 526–527

abuelos, 37–38
apoyo después de la muerte, 527
directrices de Schneidman, 527
etapas del proceso de la muerte, 526–527
orientación concisa, 527
paternidad, 36–37
Fármaco(s), 225–250
absorción, 229
administración segura y efectiva, 233–234
alternativas, 235–236
criterios de Beers, 231
distribución, 229–230
educación al paciente, 234–235
efectos del envejecimiento, 226–231, 226f
factores de riesgo para errores en la administración de fármacos, 235
farmacocinética, 226–231
farmacodinámica, 231
grupos de fármacos populares, 226, 227t
hierbas seleccionadas, 228t–229t
interacciones con alimentos y fármacos, 227t–228t
metabolismo, desintoxicación y excreción, 230–231
necesidad y eficiencia, 231–233
polifarmacia e interacciones, 226, 227t
revisión de fármacos seleccionados, 236–248
riesgo de reacciones adversas, 231
sugerencias, 236
vigilancia de los valores de laboratorio, 235
Farmacocinética, 225, 226–231
absorción, 229
distribución, 229–230
metabolismo/detoxificación/excreción, 230–231
Farmacodinámica, 225
Farmacológico, tratamiento. Véase
Fármaco(s)
Fe, espiritualidad y, 162–163
Fecal
impactación, 301
incontinencia, 289, 301
Federal Old Age Insurance Law, 3, 73
Femoral, pulso, 272
Fenilbutazona, 242
interacciones con alimentos y fármacos, 228t
Fenitoína, interacciones con alimentos y fármacos, 228t
Fenobarbital, interacciones con alimentos y fármacos, 228t
Fidelidad, 112, 114
Física, apariencia, cambios relacionados con la edad, 52, 53f
Físico, desacondicionamiento, 266
Flatos, 289, 300
Flatulencias, 300
Flavonoides, 361
Fluoroquinolonas, efectos adversos, 401t
Folatos, ingesta recomendada, 173t
Fólico, ácido, 268
Fósforo, ingesta recomendada, 173t
Fotoenvejecimiento (elastosis solar), 387

Fototerapia, 463
FPS (factor de protección solar), 417, 419
Fracturas, 334
Fragilidad, 467
Fraudes, 102
Frío y calor, terapias de, 198
Frontotemporal, demencia, 447
Funcional, incontinencia, 304, 308
Furosemida, interacciones con alimentos y fármacos, 228t

G

Gastrointestinal, sistema
  apendicitis aguda, 301
  boca seca (xerostomía), 293
  cambios relacionados con el envejecimiento, 55–57, 56f
  cáncer
    colorrectal, 298–299
    esofágico, 297
    gástrico, 297
    pancreático, 301
  colelitiasis, 301
  constipación, 299
    crónica, 299–300
  diagnósticos de enfermería relacionados con, 294t
  disfagia, 295
  efectos del envejecimiento, 290
  enfermedad diverticular, 297–298
  enfermedades del tracto biliar, 301–302
  ERGE, 295
  flatulencia, 300
  funciones, 292–293
  hernia hiatal, 295
  impactación fecal, 301
  incontinencia fecal, 301
  obstrucción intestinal, 300–301
  prácticas de salud bucal para adultos mayores, 291
  problemas dentales, 293–295
  promoción de la salud, 290–291
  selección, 293–302
  úlcera péptica, 297
Gastrointestinal, malestar, relacionado con fármacos, 179
Genéticas, teorías, 15
Genitales, disfunción sexual, 156t
Geriátrica, enfermería, 72, 73
Gerontológica, enfermera
  autocuidado y cuidado de otros. Véase Autocuidado y crianza
  cuidadores, 79
  defensores, 80
  educadores, 79–80
  funciones, 132
  innovadores, 80
  instrucciones anticipadas, 108f
  responsabilidad legal, 102
  sanadores, 78–79, 136–137

sistemas de información, 77f
Gerontológica, enfermería, 72
autocuidado y cuidado de otros, 137–140
calidad en la atención, 84
competencias, 75–76
costos del cuidado de la salud, 84
creencias y prácticas religiosas, 165–166
cuidado integral, 82–83
desarrollo, 73–75
dilemas éticos, 115–116
directrices, 75
de la práctica de la ANA, 76
educación de los cuidadores, 83
ética, 113–115
funciones, 78–80, 79f
futuro, 81–84
hitos en el desarrollo de, 74
holística, 88–91
instalaciones de cuidados de enfermos agudos y a largo plazo, 85
instalaciones y funciones, 131–132
leyes que la rigen, 101
marco laboral, 78
necesidades, 78
nuevas funciones, desarrollo, 83
plan de cuidados de enfermería, 93t–99t
práctica basada en la evidencia, 75, 81–82
prácticas avanzadas e investigación, 80–82
principios, 76–78
procesos, 91
programas de autocuidado, 98–99
protecciones legales, 110
riesgos legales, 101–110
salud e integridad óptimos, 78
Gerontotrascendencia, teorías, 19
Gingivitis, 289, 294
Ginkgo biloba, 361
efectos adversos, 228t
Ginseng, efectos adversos, 228t
Glaucoma, 364–366
adultos mayores con glaucoma de ángulo abierto, 366–368
agudo, 365
atención y prevención de las complicaciones, 366
crónico, 365–366
presión intraocular, medición, 366f
Glibenclamida, 378
Glomerulonefritis, 311
Gota, 342
Gratificación, 78
Gratitud, espiritualidad y, 162
Grupales, hogares, 127
Guarderías, 38
Guiada, visualización, 148, 198, 463
Gusto y olfato, cambios relacionados con la edad, 62

H

HACT. Véase Adrenocorticotrópica, hormona (HACT)
Hallux valgus. Véase Juanetes
Harris-Benedict, ecuación de, 173
Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA), 103
Hemiplejía, 354
Hemipléjica, marcha, 336t
Hemoglobina A1c, medición (HbA1c), 381
Herbolaria, medicina, 198, 463
Heridas
  dehiscencia, 489t
  evisceración, 489t
Hernia, 295
  perineal, 318
Herpes zóster, 411
Hiatal, hernia, 289, 295, 296
Hidralazina, interacciones con alimentos y fármacos, 228t
Hidratación. Véase Nutrición
Hidroterapia, 463
Hierro
  ingesta recomendada, 173t
  suplementos, interacciones con alimentos y fármacos, 228t
Hill-Burton Hospital Survey and Construction Act, 498
Hindúes, creencias y prácticas relacionadas con la muerte, 525t
Hipercalcemia, deterioro cognitivo y, 443
Hiperemia, 393
Hiperglucemia, 377
  deterioro cognitivo y, 443
Hiperlipidemia, 279
Hiperplasia prostática benigna, 314
Hipertensión, 26, 26f, 266, 270–274
Hipertermia, deterioro cognitivo y, 443
Hipertiroidismo, 384–385
  bocio, 384
  síntomas, 384
  tratamiento, 384–385
Hipnosis, 198
Hipnoterapia, 463
Hipnóticos, 248
Hipocalcemia, deterioro cognitivo y, 443
Hipocolesterolemiantes, fármacos, 242–243
Hipocondría, 426, 436
Hipoglucemia, deterioro cognitivo y, 443
Hipotensión, 275
  deterioro cognitivo y, 443
Hipotermia, deterioro cognitivo y, 443
Hipotiroidismo, 383–384
  deterioro cognitivo y, 443
  hormona estimulante de la tiroides (TSH), 383–384
  síntomas, 383
  tratamiento, 383–384
Hipoxia, 191
  deterioro cognitivo y, 443
Hispanoamericanos, 25–26

Historia de vida, 44–45
Hogar, vigilancia en el, 126
Hogares
de generaciones diferentes, 508
grupales, 127
Hoja sen, efectos adversos, 228t
Holísticos, cuidados, 87, 135
cuidados gerontológicos, 88
ejemplo de casos, 91, 92–93
evaluación de las necesidades, 88–91
necesidades de salud desafíos relacionados con, 90–91, 92f
plan de atención de enfermería, 93–98
promoción de la salud, necesidades relacionadas con, 89–90, 89f, 92f
Homans, signo de, 266
Hombro
evaluación física, 335
rango de movimiento
ejercicios, 473f
evaluación, 476t
Homeopatía, 148, 198, 463
Homeostasis emocional, 426
Homosexual, 23
Hormonal, terapia de reemplazo (TRH), 144
Hospitalarios, cuidados, 129
Hospitalización
calidad de la atención, 130
riesgos, 484–485, 484t, 485f
Hurtos, 102

I

Iatrogénicas, complicaciones, 483
Ibuprofeno, 201, 242, 244
Iglesia de los Hermanos, creencias y prácticas, 165
Iglesia de los Nazarenos, creencias y prácticas, 165
Incendio, riesgo de, 213–214
Incontinencia, 308–311
adultos mayores con, 310–311
ejercicios de Kegel, 309
establecida, 304, 308
estrés, 308
evaluación de factores, 309
exceso de líquidos, 308
fecal, 289, 301
funcional, 304, 308
mixta, 308
neurogénica (refleja), 304, 308
transitoria, 308
urgencia, 308
Indigestión e intolerancia a los alimentos, 178–179
Infarto al miocardio, 49, 278
Infecciones, 492–493
adultos mayores, 407
alto riesgo, 493
deterioro cognitivo y, 443

herpes zóster, 411
infecciones de las vías urinarias (IVU), 407–408, 492
influenza, 409–410
IVU adquirida en el cuidado a largo plazo, 415
microorganismos resistentes a los antibióticos, 414–415
neumonía, 408–409
bacteriana, 492–493
prostatitis, 408
realidades prácticas, 415–416
sarna, 411–412
tuberculosis, 410–411
vaginitis, 411
VIH y sida, 412–414
Inflamatoria, respuesta, 402
Influenza, 409–410
consecuencias, 410
Informado, consentimiento, 105, 105f
Ingresos, 6
Inmunización, 399
Inmunodeficiencia adquirida, síndrome (sida), 146
Inmunitario, sistema
cambios relacionados con la edad, 63–64
efectos del envejecimiento, 398
promoción de la salud, 398
conexión mente-cuerpo, 400
dieta, 398–399
ejercicio, 399
funciones de la nutrición, 401–402
inmunización, 399
manejo del estrés, 400
nutrientes que activan el sistema inmunitario, 398
riesgo de infecciones, 399
uso cuidadoso de antibióticos, 400–401
realidades prácticas, 402
Inmunosenescencia, 51, 402
Innovador, enfermera como, 80
Insomnio, 185, 187
Institucional, cuidado, 464. Véase también Centros de atención de larga duración
Instituciones de vida asistida, 121, 128
Instrumentales, actividades de la vida diaria (AIVD)
Insulina, 436
Intelectual o del desarrollo, discapacidad, dolor y, 196–198, 203
Inteligencia, cambios relacionados con la edad, 64–65
Intestinal
eliminación. Véase Gastrointestinal, sistema
obstrucción, 300–301
Intimidad, 150
Intramusculares, inyecciones, 234
Intratable, dolor, 196
Invasión de la privacidad, 102
Inyecciones
insulina, 436
intramuscular, 234
tejido embrionario, 13
toxina botulínica, 13

Isoniazida, efectos adversos, 401t
Isquemia, 393–394
  cerebral transitoria (ICT), 353

J

Japonesa, norteamericanos de ascendencia, 28
Journal of Gerontological Nursing, 73
Juanetes, 342
Jubilación, 35, 40–42
  disminución de los ingresos, 41–42
  pérdida de la función laboral, 40–41
Judíos, creencias y prácticas religiosas, 525t
  norteamericanos, 29
Justicia, 114

K

Kegel, ejercicios de, 309
Keratosis, 390, 390f
Kosher, dieta de, 29

L

Laboratorio, valores de, vigilancia, 235
Latente, estado, 185
Lateral, posición, 472f
Laurel, efectos adversos, 228t
Laxantes, 245
  interacciones de alimentos con, 228t
  interacciones farmacológicas con, 227t, 228t
Legales, aspectos, 101–110
    abuso de adultos mayores, 109–110
    asaltos, 102
    competencia del paciente, 105
    confidencialidad, 103
    consentimiento del paciente, 104–105
    difamación del carácter, 102
    estancia falsa, 102
    fraude, 102
    hurto, 102
    indicaciones telefónicas, 107
    instrucciones adelantadas, 108–109
    invasión de la privacidad, 102
    mala práctica, 102–103
    maltrato, 102
    muerte y morir, 108–109
    negligencia, 102
    orden de no reanimar, 107–108
    restricciones, 106–107
    tratamientos farmacológicos, 106
    vigilancia del personal, 105–106
Legales y fiscales, servicios, 125
Lentigo, melanoma maligno, 391

Lesbianas, 24
Lesbianas, gays, bisexuales y transexuales, adultos mayores (LGBT), 30–32
Lesiones, 100, 103, 205, 217
Levodopa, interacciones con alimentos y fármacos, 228t
Lewy, demencia de cuerpos de, 447
Licores, efectos adversos, 228t
Líquidos
  corporales, 253
  desequilibrio hidroelectrolítico, 489t
    deterioro cognitivo y, 443
    fármacos relacionados, 179
  inteligencia, 51
Lúpulo, efectos adversos, 228t
Luteranos, creencias y prácticas, 165
    relacionadas con la muerte, 525t

M

Ma huang, efectos adversos, 229t
MAC. Véase Complementaria y alternativa, medicina (MAC)
Macroambiente, 205, 207
Macrófagos, 398
Macrólidos, efectos adversos, 401t
Macular, degeneración, 368, 369f
Magnesio, 268
  ingesta recomendada, 173t
Mala práctica, 100, 102–103
  reducción del riesgo, 104
Maleficencia, 102
Malignidad (neoplasias), deterioro cognitivo y, 443
Mama, cáncer, 318
Manejo de casos, 121–122, 128
MAP (Movement Advancement Project), 31
Marcha, alteraciones, 336
Martillo, dedo de (*digiti flexus*), 343
Masa corporal, medición, 182
Masajes, 198
  bienestar, 200
  terapias, 463
Matricaria, efectos adversos, 228t
McGill, cuestionario de dolor de, 198
Meditación, 139, 148, 199, 463
  adultos mayores, 131f
  atención, 167
  concentración, 167
  trascendental, 167
Melanocitos, 387
Melanoma, 391
  extensión superficial, 391
  lentigo maligno, 391
  nodular, 391
Memoria, cambios relacionados con la edad, 64
Menonitas, creencias y práticas, 165
Menopausia, 144, 146–150
  abordajes complementarios y alternativos, 148

aceptación de uno mismo, 148
andropausia, 148–149
cambios relacionados con la edad y la respuesta sexual, 150
comportamiento y funciones sexuales, 149–150
educación del paciente, 146–148
intimidad, 150
manejo de los síntomas, 146–148
programas educativos, 149
Mente-cuerpo, conexión, 400
Metabólico, síndrome, 381
Metodistas, creencias y prácticas, 165
Método Rolf de integración estructural, 263
Metronidazol, efectos adversos, 401t
Microambiente, 205, 207
Ministerio de salud y programas de enfermería parroquial, 128
Miocardio, infarto al, 49, 278
Mioclonos nocturnos, 185, 187
Mixta, incontinencia, 308
Mongólicas, manchas, 389
Mormones, creencias y prácticas relacionadas con la muerte, 525t
Mortalidad, conciencia de la, 44
Muérdago, efectos adversos, 228t
Muerte y morir, 108–109, 519–526. Véase también Mortalidad, conciencia de
apoyo
de amigos, 526–527
familiar, 526–527
ayuda posterior a la muerte, 527
cuidados paliativos en, 519, 520
desafíos a los cuidados físicos
constipación, 524
dificultad respiratoria, 523
dolor, 523
ingesta nutricional pobre, 524
diagnósticos de enfermería, 521t
directrices de Schneidman, 527
etapas
aceptación, 522
depresión, 522
ira, 520–522
negación, 520
negociación, 522
instrucciones anticipadas, 526
manejo del dolor, 524
necesidades de apoyo espiritual, 524–525, 525t
orientación dirigida, 527
signos de, 525
tacto/consuelo/cercanía, 522f
Mujeres, 316–318
cáncer
endometrial, 317
mama, 318
vaginal, 317
cérvix, problemas, 317
dispareunia, 318
herniación perineal, 318

ovarios, cáncer, 318
vaginitis atrófica, 317
vulva, infecciones y tumores, 316–317
Muñeca
evaluación física, 335
rango de movimiento
ejercicios, 473f
evaluación, 476t
Musculoesquelético, sistema, 334–345
alteraciones de la marcha, 336
artritis reumatoide, 340
callos, 342
cambios relacionados con la edad, 58–59, 59f
conexión mente-cuerpo, 328–321
dedos en martillo (*digiti flexus*), 343
deterioro de la movilidad física, 333
diagnósticos de enfermería, 334
dispositivos de cuidado personal, 345f
efectos de la inactividad, 331
ejercicio físico, 324–326
envejecimiento y riesgos, 325t
fascitis plantar, 343
fracturas, 334
función musculoesquelética, 335
gota, 342
granos, 342
inactividad, prevención, 331–334
infecciones, 343
interacción y estado cognitivo de los adultos mayores, 343–346
juanetes (*hallux valgus*), 342
manejo del dolor, 343–344
nutrición, 333
osteoartritis, 337–340
osteoporosis, 340–341
prevención de lesiones, 344–345
programas de ejercicio, 326–328, 329, 329f–33f
promoción de la independencia, 345
uñas enterradas (onicocriptosis), 343
Musulmanes, creencias y prácticas relacionadas con la muerte, 525t
Mutaciones, teorías de la acumulación de, 14

N

Nacionalidad, 24
Nada por vía oral (NPO), 485
Nalidíxico, ácido, efectos adversos, 401t
Nativos norteamericanos, 29–30
Naturopatía, 199
Naturopática, medicina, 463
Náuseas y vómito, fármacos relacionados, 179
Necrosis, 394
Negligencia, 101, 102, 103
criminal, 102
Nervioso, sistema, 350–351
accidente cerebrovascular, 353–354, 357

apoplejía, riesgo, 357
capacidad antioxidante de la dieta, 357
desempeño intelectual, 349
diagnósticos de enfermería, 351t–352t
efectos del envejecimiento, 349
enfermedad de Parkinson, 352–354, 352f
indicaciones de, 350
isquemia cerebral transitoria (ICT), 353
prevención de lesiones, 357
promoción de la salud neurológica, 349
promoción de la independencia, 355
Neumonía, 408–409, 489t
estados de inmovilidad, 409f
mortalidad en los adultos mayores, 408t
neumocócica, 409
Neuroendocrinas y neuroquímicas, teorías, 16
Neurogénica (refleja), incontinencia, 304, 308
Neuropático, dolor, 194, 195–196
Niacina, 243
ingesta recomendada, 173t
Nicturia, 304
Nightingale, Florence, 78
Niños, cuidado de los, por los abuelos, 511f
No esteroideos, antiinflamatorios (AINE), 201, 242, 286–287
No estocásticas, teorías, 12, 15–16
No maleficencia, 114
Nociceptivo, dolor, 194, 195
Nocturnos, mioclonos, 185, 187
Nodular, melanoma, 391
Numérica, escala de clasificación, 197
Nutrición, 172–183
adultos mayores, 173–178, 174f, 181
anorexia, 179
aportes dietéticos recomendados, 173t
consumo excesivo, 176t
desafíos para una adecuada nutrición, 178–181
desnutrición, 180–181
disfagia, 179
envejecimiento y riesgos, 172
estreñimiento, 179–180
indigestión e intolerancia a los alimentos, 178–179
interacciones de hierbas con fármacos, 176t
necesidades especiales de las mujeres, 176–177
promoción de la salud oral, 178
riesgos asociados con, 179
salud cardiovascular, 268
suplementos, 175–176, 463
teorías, 16
volumen deficiente de líquidos, 176, 177

O

Ojos
evaluación nutricional, 181
función sensorial, 363

Older Americans Act, 3
Olores
ambientales, 211
aromaterapia, 211
Omisión, 102
Omnibus Budget Reconciliation Act (OBRA), 106
Onicomicosis, 343
Oración, 199
Oral, cavidad
cambios relacionados con la edad, 66t
evaluación, 181
exploración física, 292
Orden de no iniciar reanimación (ONIR), 107–108, 517
Ornish, dieta de, 269
Orofaríngea, disfagia, 289
Ortodoxos griegos, creencias y prácticas religiosas, 525t
Osteoartritis, 337–340
crepitaciones, 337–340
Osteopatía, 199, 463
Osteoporosis, 340–341
factores de riesgo, 341
Ovarios, cáncer, 318
Oxifenbutazona, 242

P

Paciente
competencias del, 105
consentimiento del, 104–105
Pacientes quirúrgicos, atención, 485–488
consideraciones para los cuidados
posquirúrgicos, 487–488
prequirúrgicos, 485–487
quirúrgicos, 487–488
diagnósticos de enfermería, 486, 486t
riesgos, 485
Paliativos, cuidados, 122, 129, 517
enfermeras, 528
Paracetamol, interacciones con alimentos y fármacos, 228t
Paranoia, 435–436
Parkinson, enfermedad de, 352–354, 352f
ejercicios motrices, 353
tensión y frustración, 353
Parkinsoniana, marcha, 336t
Parkinsonismo, 156t
Paternidad, 36–37
Pautas para la práctica de enfermería geriátrica, 73
Pene, tumores, 320–321
Penicilina, efectos adversos, 401t
Pentazocina, 201
Pentecostés, creencias y prácticas, 165
relacionadas con la muerte, 525t
Péptica, úlcera, 297
Perdón, espiritualidad y, 162
Perejil, efectos adversos, 228t

Periférica, enfermedad vascular
aneurisma, 281
arteriosclerosis, 280
problemas especiales asociados con diabetes, 280–281
tromboembolismo venoso, 282
venas varicosas, 281
Perimenopausia, 144
Perineal, herniación, 318
Periodontitis, 290
Persistente, dolor, 194, 196, 199
Personal, supervisión del, 105–106
Personalidad, cambios relacionados con la edad, 64
Pescado, aceite de, 268
Peyronie, enfermedad de, 156t
Piel, cáncer, 390–391, 390f
melanoma, 391
de extensión superficial, 391
lentigo maligno, 391
nodular, 391
Piel, condiciones
manchas mongólicas, 389
turgencia de la piel, 389
Piernas inquietas, síndrome de, 185, 187
Pies, afecciones de los, 342–343
Pioglitazona, 380
Plantar, fascitis, 343
Poder del abogado, 100, 106
Polifarmacia, 225, 226, 227t
Políticas de consumo, 125
Poplíteo, pulso, 272
Posmenopausia, 144, 158–159
Posterior, pulso tibial, 272
Postherpética, neuralgia, 411
Postural, hipotensión, 266
Potasio, 268
suplementos, interacciones con alimentos y fármacos, 228t
Presbiacusia, 51
Presbiesófago, 52, 290
Presbiopía, 52, 360
Presbiterianos, creencias y prácticas, 165
relacionadas con la muerte, 525t
Presión, úlceras por, 391–394, 393f, 489t
etapas, 392
hiperemia, 393
isquemia, 393–394
necrosis, 394
PSST, 394
ulceración, 394
Pressure Sore Status Tool (PSST), 394
Probenecid, interacciones con alimentos y fármacos, 228t
Programa del manejo del dolor, 198–200
Programado, envejecimiento, teoría del, 15
Progresiva, relajación, 463
Prona, posición, 472f
Propoxifeno, 201

Prostatectomía «abierta», 156t
Prostatitis, 156t, 408
Prurito, 389–390
Pseudodemencia, 426
Psicoactivos, fármacos, 245–248
Psicológicas, teorías, 18–19
Psicosociales, factores, 464
Puesta del sol, síndrome, 442
Pulgares, rango de movimiento
  ejercicios, 475f
  evaluación, 476t
Pulmonar
  cáncer, 258–260
  embolismo, 275–277
Pulmonares, abscesos, 260
Punción digital, método, 381

Q

Quiropática, terapia, 463
Quiropráctica, 198

R

Racismo, 24
Radiación, teorías, 16
Radial, pulso, 272
Radicales libres y teorías de la lipofuscina, 14
Rápidos, movimientos oculares (REM), etapa del sueño, 185
Raza, 24
Realidad, orientación de la, 480
Reflujo gastroesofágico, enfermedad por (ERGE), 295
Regulaciones, 496
Rehabilitación
  actividades de la vida diaria, 471t
  ejercicios para el rango de movimiento, 472–476, 472f–475f, 476t
  enseñanza de los dispositivos de apoyo a la movilidad y de la tecnología de asistencia, 476–478
  entrenamiento del intestino y de la vejiga, 479
  equilibrio funcional y mobilidad, 480
  evaluación funcional y, 470
  mantenimiento y promoción de las funciones mentales, 479–480
  posicionamiento, 472
  principios, 470
  recursos, 480
  vivir con discapacidad, 468–469
Relajación, progresiva, 199
Relativismo, 113
Relevo, cuidados de, 122, 128
Religión, 161
Religiosas, creencias y prácticas
  budismo, 166
  catolicismo romano, 165
  hinduismo, 166
  islamismo (musulmanes), 166

judaísmo, 166
mormones, 166
ortodoxos occidentales, 165
protestantismo, 165
testigos de Jehová, 165
unitarios, 166
Reloj biológico, 15
Reminiscencia, 45, 479–480
Renal, función, deterioro cognitivo y, 443
Renales, cálculos, 311–312
Reproductor, sistema
cambios relacionados con la edad, 57–58, 58f
detección para cáncer de próstata, 321
efectos del envejecimiento, 315
mujeres, 316–318
cáncer
endometrial, 317
mama, 318
vaginal, 317
cérvix, problemas, 317
dispareunia, 318
herniación perineal, 318
ovarios, cáncer de, 318
problemas de, 316–318
vaginitis atrófica, 317
vulva, infecciones y tumores, 316–317
promoción para la salud, 315
varones, 318–321
cáncer de próstata, 320
disfunción eréctil, 318–319
hiperplasia prostática
benigna, 319
pene/testículos/escroto, tumores, 320–321
problemas, 318–321
recuperación de una cirugía de próstata, 319–320
tumores testiculares, 321
Respiración. Véase también Respiratorio, sistema
ejercicios, 255f
función
cardiovascular, 271
respiratoria, 254
patrón, ineficiente, 257
profunda, ejercicios de, 337
trastornos del sueño, 191
Respiratoria, función, 254–255
disminución, deterioro cognitivo y, 443
Respiratorio, sistema
abscesos pulmonares, 260
administración segura de oxígeno, 261–263, 261f
autocuidado, 263
depresión y trastornos del sueño, 264
drenaje postural, 262
estímulo para, 263
terapias complementarias, 263
tos productiva, 262

cambios relacionados con la edad, 52–54, 53f
cáncer pulmonar, 258–260
consideraciones de enfermería, 260–261
prevención de las complicaciones, 261
reconocimiento de los síntomas, 260
efectos del envejecimiento, 253
disminución del agua corporal, 253
vía respiratoria superior, 253
envejecimiento y riesgos para, 254t
EPOC, 257–258
patrón respiratorio inefectivo, 257
promoción para la salud, 253–257
ejercicios respiratorios, 255f
factores ambientales, 256
inmovilidad, 256
tabaquismo, 255
Restricciones, 106–107, 205, 216–218
Retiros, 139–140
Retrospectiva, 35, 44–45
Reumatoide, artritis, 340
Riboflavina, 361
ingesta recomendada, 173t
Rodilla
evaluación física, 335
rango de movimiento
ejercicios, 474f
evaluación, 476t
Rosiglitazona, 380
Ruibarbo, efectos adversos, 228t
Rusos, ortodoxos, creencias y prácticas relacionadas con la muerte, 525t

S

SAGE (Services and Advocacy for Gay, Lesbian, Bisexual and Transgender Elders), 31
Salud, cuidados a la, 124
hogar, 126–127
Salud, programas de optimización (POS), 98–99
Salud mental, condiciones de
abuso del alcohol, 434–435
adultos mayores, 427–428
autoconcepto positivo, 437
depresión, 428–434
riesgo de suicidio, 432–434
signos y síntomas, 430–432
tratamiento, 432
envejecimiento y salud mental, 427
fármacos y comportamiento, 438t
hipocondría, 436
paranoia, 435–436
problemas de conducta, 437, 439t–440t
trastornos de ansiedad, 434, 440
vigilancia de la administración de medicamentos, 437
San Juan, hierba de, efectos adversos, 228t
Sanador, 135, 456, 457
enfermera como, 78–79, 136–137

conexiones, 136
disponibilidad, 136
modelos de holismo, 137
presencia, 136
Sándwich, generación del, 508
Sanguinaria, hierba, efectos adversos, 228t
Sanguíneo, flujo, 253
Sanitaria, disparidad, 24
Sanitarias, necesidades, desafíos relacionados, 90–91, 92f
Sarcopenia, 324, 468
Sarna, 411–412
Seborreica, queratosis, 390, 390f
Sedantes, 248
interacciones farmacológicas con, 227t
Seguridad, 205–223
caídas y, 215–218
colores, 211
consideraciones psicosociales, 214–215
control del ruido, 212–213
deficiencias sensoriales, 218–219
deterioro funcional, 222
envejecimiento y riesgos, 206, 206t–207t
escala STRATIFY, 222
estimulación sensorial, 212
evitar el crimen, 220
iluminación, 210
impacto ambiental, 208t–209t
infecciones, prevención, 220
limitaciones
a la mobilidad, 219
físicas, 208t–209t
muebles, 212
olores, 211
peligro de incendios, 213–214
peligros en el cuarto de baño, 213
prendas, 220
problemas, detección temprana, 221
promoción de la conducción segura, 220–221
reducción de riesgos, 218
restricciones y, 216–218
revestimientos del suelo, 211–212
temperatura, 210–211
tratamientos farmacológicos, 220
vigilancia de la temperatura corporal, 220
Seguro de ingreso suplementario, 7
Seguros, 7–8
salud, 7–8
Selenio, 268, 361
Sello de oro, efectos adversos, 228t
Sensibilidad
deficiencias sensoriales, 372–373
efectos del envejecimiento, 360–361
función sensorial, 362–363
promoción para la salud, 361–364
estímulos a la audición, 361–362

estímulos visuales, 361
evaluación de problemas, 362
nutrientes que benefician a la vista, 361
sensibilidad intacta, 360
Sensoriales, órganos, cambios relacionados con la edad, 60–62, 61f
Sensorio, condiciones del, 364–372
deficiencias auditivas, 370–372
apoyos auditivos, 370–372, 371f
atención al paciente, 370–371
problemas que afectan los oídos, 370f
deficiencias visuales, 364–370
cataratas, 364–365
degeneración macular, 368
desprendimiento de la retina, 368–369
glaucoma, 364–366, 369f
úlceras corneales, 369–370
Separación, teorías de, 16–17
Servicios financieros, 123
Sexual, disfunción, 154–157
afecciones médicas, 155
barreras psicológicas, 153–155
ciclo de la respuesta sexual, 151t
deterioro cognitivo, 157
disfunción eréctil, 155
efectos adversos de fármacos, 155–157, 156t
envejecimiento y riesgos, 151t
factores causantes o contribuyentes, 154
falta de disponibilidad de una pareja, 153
salud sexual, 152
Sexual, respuesta
cambios relacionados con la edad y, 150
ciclo de, 151t
Sexuales, comportamiento y funciones, 149–150
Sexualidad e intimidad, 144–159
barreras a la actividad sexual, 154–157
menopausia, 144, 146–150
promoción de una función sexual saludable, 157–158
Sida, 447
afroamericanos, 27
Sildenafil, citrato de (Viagra), 155
Silla, posición de la, 472f
Sillas de ruedas, 478
Sistema nervioso, cambios relacionados con la edad, 60, 60f
Sobreflujo, incontinencia por, 308
Sobrepeso y obesidad, personas con, 377
Social, seguridad, 7
Sociales, apoyo y actividades, 124–125
Sociológicas, teorías, 16–18
Solar, elastosis, 387
Soledad, espiritualidad y, 167
Somática, muerte, 518
Somático, dolor, 195
Sonidos, terapia con, 463
Staphylococcus aureus resistente a la meticillina (infección por SARM), 414–415
STRATIFY, escala, 222

Subagudos, cuidados, 496
Subcultura, teorías de la, 18
Sueño
  adultos mayores, 189–192
  afecciones médicas que la afectan, 188
  alteraciones, 186–189
  apnea, 185, 187–188
  cambios relacionados con la edad, 186
  ciclo circadiano del sueño-vigilia, 186
  control del dolor, 192
  eficiencia y calidad, 186
  etapas, 186, 187t
  factores que la afectan, 188–189
  fármacos que lo modifican, 188
  insomnio, 187
  latencia, 185
  medidas
    farmacológicas, 189
    no farmacológicas, 189–192
  mioclonos nocturnos, 187
  síndrome de las piernas inquietas, 187
Sufrimiento espiritual, 161, 164
Superficial, extensión, melanoma de, 391
Supina, posición, 472f

T

Tabaquismo, 255
  salud cardiovascular y, 269
Táctiles, terapias
    bienestar, 200
    cambios relacionados con la edad, 62
    yoga, 199
Tacto, cambios relacionados con la edad, 62
Tadalafil, 155
Tai chi, 148, 328, 463
Tegumentario, sistema, 389–394
    cambios relacionados con la edad, 63
    cáncer de piel, 390–391, 390f
    efectos del envejecimiento, 387
    keratosis, 390, 390f
    lesiones vasculares, 391
      úlceras por estasis, 391
    melanocitos, 387
    promoción de la normalidad, 394
    promoción de la salud, 387–388
      cáncer de piel, 387
      diagnósticos de enfermería, 388
      estado de la piel, 389
    prurito, 389–390
    queratosis seborreica, 390, 390f
    riesgo de úlceras de presión, 395
    terapias alternativas, 394
    úlceras de presión, 391–394

Telefónico, apoyo, en casos de crisis, 126
Temporal, pulso, 272
Temporales, cuidados, 127
Teofilina, interacciones con alimentos y fármacos, 228t
Terapéutico, toque, 463
Termorregulación, cambios relacionados con la edad, 64
Testiculares, tumores, 320–321
Tetraciclinas, efectos adversos, 401t
«The Old Nurse», 73
Tiamina, ingesta recomendada, 173t
Tiazidas
  interacciones con alimentos, 228t
  interacciones farmacológicas con, 227t, 228t
«Tijera», marcha en, 336t
Tiña del pie, 343
Tioridazina, interacciones con alimentos y fármacos, 228t
Tiroides, hormona estimulante (TSH), 383–384
Tobillo
  evaluación física, 335
  rango de movimiento
    ejercicios, 475f
    evaluación, 576t
Tos, producción de, 262
Total, capacidad pulmonar, 252
Tóxicas, sustancias, deterioro cognitivo y, 443
Toxina botulínica, inyecciones de, 13
Transexual, 24
Transitoria,
  incontinencia, 308
  isquemia cerebral (ICT), 353
Transportación, 125
Trascendencia, espiritualidad y, 162
Traumatismos
  deterioro cognitivo y, 443
  toxinas y, 447
Trébol, efectos adversos, 228t
Tricíclicos, antidepresivos, interacciones farmacológicas con, 227t
Triglicéridos, vigilancia, 381
Tuberculosis, 410–411
  diagnóstico, 410
Turgencia, 389
Tutela, 105

U

Ulceraciones, 394
Unitarios, creencias y prácticas relacionadas con la muerte, 525t
Uña de caballo, efectos adversos, 228t
Uñas
  cambios relacionados con la edad, 63
  enterradas (onicocriptosis), 343
Urgencias, atención a, 488–492, 489t–490t
Urgente, incontinencia, 308
Urinaria, eliminación
    adulto mayor con, 310–311

cáncer de vejiga, 311
colocación de sonda urinaria en el servicio de urgencias, 312–313
efectos del envejecimiento, 305–306
envejecimiento y problemas urinarios, 307, 307t
función, 306–307
glomerulonefritis, 311
incontinencia, 308–311
nefrolitiasis, 311–312
promoción para la salud, 306
Urinario, sistema, cambios relacionados con la edad, 57, 57t
Utilitarianismo, 113

V

Vaginal, cáncer, 317
Vaginitis, 411
atrófica, 317
estrógenos o ungüentos, 411
yogur acidófilo y ajo, 411
Vancomicina
efectos adversos, 401t
Enterococcus resistente a (ERV), 415
Vardenafil, 155
Varones, 318–321
adulto mayor en recuperación de cirugía prostática, 319–320
cáncer de próstata, 320
disfunción eréctil, 318–319
hiperplasia prostática benigna, 319
pene/testículos/escroto, tumores de, 320–321
tumores testiculares, 321
Vascular, demencia, 447
Vasculares, lesiones, 391
úlceras estáticas, 391
Vejiga, cáncer, 311
Veracidad, 112, 114
Vesículas. *Véase* Herpes zóster
Vía telefónica, indicaciones por, 107
Vías urinarias, infección de (IVU), 407–408
jugo de arándanos, 408
que conduce a la septicemia, 408
Vida, transiciones, 35–49
desempeño ineficaz de funciones, 43
discriminación por razones de edad, 36
expectativa de, 2
jubilación, 40–42
mortalidad, conciencia, 44
obtención de la historia de la vida, 46
pérdida del cónyuge, 39
reducción del mundo social, 43–44
relaciones/funciones familiares, cambios, 36–38
respuestas a, 44–49
autorreflexión, 45–48
fortalecimiento de los recursos internos, 48–49
revisión de la vida y de la historia, 44–45
salud y funcionamiento, cambios, 42

Vida asistida, instituciones de, 121, 128
VIH
  demencia relacionada con, 146
  infecciones por, en afroamericanos, 27
VIH y sida, 412–414
  apoyo emocional, 413
  factores de riesgo, 413
  infección por *Clostridium difficile*, 413–414
  síntomas, 413
    iniciales, 413
Visceral, dolor, 195
Vista
  cambios relacionados con la edad, 61–62
  normal, 369f
Visual, escala análoga, 197
Vital, capacidad, 252
Vitaminas, 268, 361
  ingesta
    excesiva, riesgos, 164t
    recomendada, 173t
Viudez, 6f
Viviendas, 124
Voluntario, trabajador, 125
Vulva, infecciones y tumores, 316–317

W

Warfarina, interacciones con alimentos y fármacos, 228t
Wernicke, encefalopatía de, 447

Y

Yodo, ingesta recomendada, 173t
Yoga, 148, 200, 328, 463
  adultos mayores y, 131f
  dolor, 200

Z

Zinc, 173t, 361

Índice

Titlepage 2
Copyright 3
Dedication 4
Revisores 5
Prefacio 7
Agradecimientos 12
Índice de unidades 13
Índice de capítulos 16
Índice de la guías seleccionadas 32
UNIDAD 1 Comprender la experiencia del envejecimiento 33
1 La población de edad avanzada 35
Visiones del adulto mayor a través de la historia 36
Características de población de edad avanzada 38
Crecimiento de la población e incremento de la esperanza de vida 39
Estado civil y patrones de convivencia 41
Ingresos y empleo 42
Seguro de salud 44
Estado de salud 46
Implicaciones del envejecimiento de la población 47
Impacto de los nacidos en la posguerra (baby boomers) 47
Prestaciones y pago de servicios 49
2 Teorías del envejecimiento 53
Teorías biológicas del envejecimiento 55
Teorías estocásticas 56
Teorías no estocásticas 58
Teorías sociológicas del envejecimiento 61
Teorías de la desconexión 61
Teoría de la actividad 62
Teoría de la continuidad 63
Teoría de la subcultura 63
Teoría de la estratificación de las edades 64
Teorías psicológicas del envejecimiento 64
Tareas del desarrollo 64
Gerotrascendencia 65

Aplicación de las teorías del envejecimiento a la práctica de enfermería 65
3 Diversidad 71
Incremento de la diversidad de la población de adultos mayores 72
Panorama general de los diversos grupos de adultos mayores en Estados Unidos 73
Estadounidenses de origen hispano 74
Afroamericanos 76
Estadounidenses de origen asiático 78
Judíos estadounidenses 81
Nativos estadounidenses 82
Adultos mayores homosexuales, lesbianas, bisexuales y transexuales 84
Consideraciones de enfermería para la atención culturalmente sensible de los adultos mayores 85
4 Transiciones e historia de vida 91
Discriminación por razones de edad 93
Cambios en los roles y las relaciones familiares 94
Padres 94
Abuelos 95
Pérdida del cónyuge 98
Jubilación 99
Pérdida del rol laboral 99
Reducción de los ingresos 102
Cambios en la salud y en la actividad 103
Efectos acumulados de las transiciones de la vida 105
Deterioro del entorno social 105
Conciencia de la muerte 107
En respuesta a las transiciones de la vida 107
Revisión de la vida e historia de vida 107
Autoreflexión 110
Fortalecimiento de los recursos internos 113
5 Cambios comunes en el envejecimiento 118
Cambios corporales 120
Células 120
Apariencia física 120
Sistema respiratorio 120
Sistema cardiovascular 122
Sistema gastrointestinal 125
Sistema urinario 127

Sistema reproductivo 128
Sistema musculoesquelético 130
Sistema nervioso 132
Órganos sensoriales 133
Sistema endocrino 137
Sistema tegumentario 138
Sistema inmunitario 138
Termorregulación 139
Cambios psicológicos 139
Personalidad 139
Memoria 140
Inteligencia 140
Aprendizaje 141
Implicaciones de los cambios relacionados con la edad en los cuidados enfermeros 142
UNIDAD 2 Fundamentos de enfermería gerontológica 147
6 La especialidad de enfermería gerontológica 149
Desarrollo de la enfermería gerontológica 150
Elementos fundamentales de gerontología 154
Práctica basada en la evidencia 155
Normas 155
Competencias 155
Principios 157
Roles de la enfermera gerontológica 161
Curador 161
Cuidador 162
Educador 162
Defensor 164
Innovador 164
Funciones avanzadas de la práctica enfermera 164
El futuro de la enfermería gerontológica 165
Uso de las prácticas basadas en la evidencia 165
Investigación avanzada 166
Promover la atención integral 167
Educar a los cuidadores 168
Desarrollar nuevas funciones 169
Equilibrar la calidad de la atención y los costes sanitarios 170
7 Modelo holístico de enfermería gerontológica 174

Cuidado gerontológico holístico 176
Valoración holística de las necesidades 177
Promoción de salud: necesidades relacionadas 177
Desafíos de salud: necesidades relacionadas 179
Requisitos para satisfacer las necesidades 180
Procesos de cuidados en enfermería gerontológica 181
Ejemplos de aplicación 181
Valoración de las necesidades: el caso del Sr. R. 182
Aplicación del modelo holístico: el caso de la Sra. D. 183
8 Aspectos legales de enfermería gerontológica 194
Leyes que regulan la práctica de la enfermería gerontológica 195
Riesgos legales en enfermería gerontológica 196
Mala práctica 198
Confidencialidad 199
Consentimiento del paciente 200
Competencia del paciente 202
Supervisión del personal 203
Medicamentos 204
Restricciones 204
Indicaciones por teléfono 206
Órdenes de no reanimar 206
Voluntades anticipadas y cuestiones relacionadas con la muerte y el morir 207
Abuso a los adultos mayores 209
Garantías jurídicas para las enfermeras 210
9 Aspectos éticos de enfermería gerontológica 214
Filosofías rectoras del pensamiento ético 215
Ética en enfermería 216
Normas éticas externas e internas 217
Principios éticos 218
Dilemas éticos que afrontan las enfermeras gerontológicas 220
Cambios crecientes en los dilemas éticos para las enfermeras 221
Medidas para ayudar a la enfermeras a tomar decisiones éticas 224
10 Atención continuada en gerontología 229
Servicios en la atención continuada para los adultos mayores 231
Servicios de apoyo y prevención 231
Servicios de ayuda parcial e intermitente 237
Servicios de atención completa y continuada 243

Servicios complementarios y alternativos 244
Servicios acordes con las necesidades 245
Funciones y roles de las enfermeras gerontológicas 247
11 Autocuidado de la enfermera gerontológica 253
Características de la enfermera sanadora 254
Presencia 255
Disponibilidad 255
Vínculos 256
Modelos de holismo 256
Autocuidado y nutrición 256
Seguimiento de prácticas positivas para el cuidado de la salud 256
Fortalecimiento y creación de vínculos 258
Compromiso con un proceso dinámico 259
UNIDAD 3 Desarrollo de vínculos y gratificación 265
12 Sexualidad e intimidad 267
Actitudes hacia el sexo y los adultos mayores 267
La menopausia como un viaje interior 271
Manejo de los síntomas y educación de la paciente 271
Autoaceptación 274
Andropausia 275
Realidades del sexo en la edad avanzada 275
Comportamiento y roles sexuales 276
Intimidad 277
Cambios relacionados con la edad y respuesta sexual 278
Identificación de los obstáculos para la actividad sexual 279
Falta de pareja 282
Barreras psicológicas 282
Padecimientos médicos 285
Disfunción eréctil 286
Efectos adversos de los medicamentos 286
Deterioro cognitivo 288
Promoción de una función sexual saludable 289
13 Espiritualidad 294
Necesidades espirituales 295
Amor 296
Significado y propósito 296
Esperanza 296
Dignidad 296

Perdón 296
Gratitud 297
Trascendencia 297
Expresión de la fe 297
Valoración de las necesidades espirituales 298
Atención de las necesidades espirituales 299
Disponibilidad 299
Respetar las creencias y prácticas 299
Proporcionar oportunidades para estar a solas 302
Fomentar la esperanza 303
Ayudar a descubrir el sentido de las situaciones difíciles 304
Facilitar las prácticas religiosas 304
Orar con y por 304
Resumen: la importancia del cuidado espiritual 305
UNIDAD 4 Temas del cuidado general 308
14 Nutrición e hidratación 310
Necesidades nutricionales de los adultos mayores 311
Cantidad y calidad de las necesidades calóricas 311
Complementos alimenticios 315
Necesidades especiales de las mujeres 316
Necesidades de hidratación de los mayores 318
Promoción de la salud bucal 320
Problemas relacionados con una buena nutrición 321
Indigestión e intolerancia a los alimentos 321
Anorexia 322
Disfagia 322
Estreñimiento 323
Desnutrición 324
Determinación del estado nutricional y la hidratación en las personas mayores 326
15 Descanso y sueño 333
Cambios en el sueño relacionados con la edad 335
Ciclos circadianos de sueño y vigilia 335
Etapas del sueño 336
Eficiencia y calidad del sueño 336
Trastornos del sueño 336
Insomnio 337
Mioclonía nocturna y síndrome de piernas inquietas 337

Apnea del sueño 338
Padecimientos médicos que afectan al sueño 338
Medicamentos que afectan al sueño 339
Otros factores que afectan al sueño 339
Fomento del descanso y el sueño en los adultos mayores 340
Medidas farmacológicas para promover el sueño 340
Medidas no farmacológicas para promover el sueño 341
Control del dolor 345
16 Confort y manejo del dolor 349
Confort 349
Dolor: un fenómeno complejo 350
Prevalencia del dolor en los adultos mayores 351
Tipos de dolor 351
Percepción del dolor 352
Efectos del dolor no aliviado 353
Valoración del dolor 353
Un enfoque integral para el manejo del dolor 356
Terapias complementarias 356
Cambios en la dieta 360
Tratamiento farmacológico 360
Confort 361
17 Seguridad 367
Envejecimiento y riesgos para la seguridad 369
Importancia del ambiente para la salud y el bienestar 371
Impacto del envejecimiento en la seguridad y función del ambiente 373
Iluminación 374
Temperatura 375
Colores 377
Aromas 377
Recubrimientos de suelos 378
Mobiliario 378
Estimulación sensorial 379
Control del ruido 380
Peligros del cuarto de baño 380
Peligros del fuego 382
Consideraciones psicosociales 382
El problema de las caídas 384
Riesgos y prevención 384

Riesgos relacionados con las restricciones 387
Intervenciones para reducir los riesgos intrínsecos en la seguridad 390
Reducir los riesgos de la hidratación y la alimentación 390
Atender los riesgos relacionados con las deficiencias sensoriales 390
Prevenir los riesgos relacionados con las limitaciones de movilidad 392
Vigilar la temperatura corporal 392
Prevenir infecciones 393
Recomendar ropa adecuada 393
Usar los medicamentos con precaución 393
Evitar los delitos 394
Fomentar el cuidado al conducir 394
Fomentar la detección temprana de problemas 395
Atender los riesgos relacionados con las deficiencias funcionales 396
18 Uso seguro de medicamentos 400
Efectos del envejecimiento en el uso de medicamentos 402
Polifarmacia e interacciones 403
Farmacocinética alterada 403
Farmacodinámica alterada 409
Aumento del riesgo de reacciones adversas 409
Fomentar el uso seguro de medicamentos 410
Evitar medicamentos potencialmente inapropiados: criterios de Beers 410
Revisar la necesidad y eficacia de los medicamentos recetados 410
Promover la administración segura y eficaz 413
Educar a los pacientes 415
Vigilar los resultados de laboratorio 417
Alternativas a los medicamentos 417
Análisis de medicamentos seleccionados 419
Analgésicos 419
Antiácidos 421
Antibióticos 422
Anticoagulantes 423
Anticonvulsivos 424
Antidiabéticos (hipoglucemiantes) 426
Antihipertensivos 427
Antiinflamatorios no esteroideos 429
Hipocolesterolemiantes 430
Neuroestimulantes 431
Digoxina 432

Diuréticos 433
Laxantes 434
Psicofármacos 435
UNIDAD 5 Facilitar el balance fisiológico 444
19 Respiración 447
Efectos del envejecimiento en la salud respiratoria 448
Fomento de la salud respiratoria 450
Enfermedades respiratorias seleccionadas 455
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica 455
Cáncer de pulmón 459
Absceso pulmonar 462
Consideraciones enfermeras generales para las enfermedades respiratorias 462
Reconocimiento de los síntomas 462
Prevención de complicaciones 462
Verificación de la administración segura de oxígeno 463
Realización del drenaje postural 465
Promoción de la tos productiva 465
Uso de terapias complementarias 466
Promoción del autocuidado 467
Infundir ánimo 468
20 Circulación 471
Efectos del envejecimiento en la salud cardiovascular 473
Promoción de la salud cardiovascular 474
Nutrición adecuada 474
Ejercicio adecuado 476
Evitar el humo de tabaco 477
Manejo del estrés 477
Intervenciones protectoras 478
Enfermedad cardiovascular en la mujer 479
Trastornos cardiovasculares frecuentes 479
Hipertensión 479
Hipotensión 485
Insuficiencia cardíaca congestiva 485
Embolia pulmonar 486
Arteriopatía coronaria 488
Hiperlipidemia 491
Arritmias 492

Vasculopatía periférica 492
Consideraciones enfermeras generales para los trastornos cardiovasculares 497
Prevención 497
Información al paciente 497
Prevención de complicaciones 497
Promoción de la circulación 500
Cuidados de los pies 501
Manejo de problemas relacionados con vasculopatía periférica 502
Promoción de la normalidad 502
Integración de tratamientos complementarios 503
21 Digestión y evacuación 507
Efectos del envejecimiento en la salud gastrointestinal 509
Promoción de la salud gastrointestinal 510
Trastornos gastrointestinales seleccionados y consideraciones enfermeras pertinentes 513
Sequedad bucal (xerostomía) 514
Problemas dentales 514
Disfagia 516
Hernia hiatal 517
Cáncer esofágico 519
Úlcera péptica 519
Cáncer de estómago 520
Enfermedad diverticular 520
Cáncer colorrectal 521
Estreñimiento crónico 522
Flatulencia 524
Obstrucción intestinal 524
Retención fecal 525
Incontinencia fecal 526
Apendicitis aguda 526
Cáncer de páncreas 527
Enfermedad de conductos biliares 527
Resumen 528
22 Micción 531
Efectos del envejecimiento en la micción 532
Promoción de la salud del aparato urinario 533
Trastornos urinarios frecuentes 536

Incontinencia urinaria 536
Cáncer vesical 541
Cálculos renales 542
Glomerulonefritis 542
Consideraciones enfermeras generales para los trastornos urinarios 542
23 Salud del aparato reproductor 546
Efectos del envejecimiento en el aparato reproductor 547
Promoción de la salud del aparato reproductor 548
Trastornos frecuentes del aparato reproductor 549
Problemas del aparato reproductor femenino 549
Problemas del aparato reproductor masculino 553
Resumen 557
24 Movimiento 560
Efectos del envejecimiento en el funcionamiento del aparato locomotor 562
Promoción de la salud del aparato locomotor 563
Promoción de la actividad física en todos los grupos de edad 563
Programas de ejercicio para adultos mayores 565
Conexión cuerpo-mente 570
Prevención de la inactividad 573
Nutrición 577
Trastornos frecuentes del aparato locomotor 577
Fracturas 578
Artrosis 582
Artritis reumatoide 586
Osteoporosis 587
Gota 589
Trastornos de los pies 589
Consideraciones enfermeras generales para los trastornos del aparato locomotor 592
Manejo del dolor 592
Prevención de lesiones 593
Promoción de la independencia 594
25 Funcionamiento neurológico 598
Efectos del envejecimiento en el sistema nervioso 599
Promoción de la salud neurológica 600
Trastornos neurológicos frecuentes 604
Enfermedad de Parkinson 604
Accidentes isquémicos transitorios 606

Accidentes cerebrovasculares 606
Consideraciones enfermeras generales para trastornos neurológicos 609
Promoción de la independencia 609
Prevención de lesiones 611
26 Percepción 615
Efectos del envejecimiento en la percepción 617
Promoción de la salud de los órganos de los sentidos 618
Promoción de la visión 618
Promoción de la audición 619
Valoración de problemas 620
Trastornos frecuentes de la percepción e intervenciones enfermeras relacionadas 622
Déficits visuales 622
Déficits auditivos 632
Consideraciones enfermeras generales para déficits sensitivos 636
27 Funcionamiento endocrino 640
Efectos del envejecimiento en el funcionamiento endocrino 641
Trastornos endocrinos y consideraciones enfermeras relacionadas 641
Diabetes mellitus 641
Hipotiroidismo 652
Hipertiroidismo 654
28 Funcionamiento tegumentario 658
Efectos del envejecimiento en el tegumento 659
Promoción de la salud tegumentaria 660
Trastornos tegumentarios frecuentes 663
Prurito 663
Queratosis 664
Queratosis seborreica 664
Cáncer de piel 665
Lesiones vasculares 666
Úlceras por presión 667
Consideraciones enfermeras generales para trastornos del tegumento 671
Promoción de la normalidad 671
Uso de terapias complementarias 672
29 Funcionamiento inmunitario 675
Efectos del envejecimiento en el funcionamiento inmunitario 676
Promoción de la salud inmunitaria 677
Alimentación 677

Ejercicio 678
Inmunización 678
Manejo del estrés 680
Conexión cuerpo-mente 680
Uso cuidadoso de antibióticos 681
UNIDAD 6 Trastornos multisistémicos 685
30 Infecciones 687
Manifestaciones específicas de infección en adultos mayores 688
Infecciones comunes 689
Infección de vías urinarias 689
Prostatitis 691
Neumonía 691
Gripe 693
Tuberculosis 694
Vaginitis 696
Herpes zóster 696
Sarna 697
VIH y sida 698
Infección por Clostridium difficile 700
Microorganismos resistentes a antibióticos 701
31 Cáncer 705
Envejecimiento y cáncer 707
Desafíos específicos para las personas mayores con cáncer 707
Explicaciones de la mayor incidencia en la edad avanzada 707
Factores de riesgo, prevención y detección 708
Tratamiento 710
Tratamiento ordinario 710
Medicina complementaria y alternativa 711
Consideraciones enfermeras para adultos mayores con cáncer 712
Educación del paciente 712
Promoción de cuidados óptimos 713
Apoyo a pacientes y familiares 714
32 Trastornos de la salud mental 720
Envejecimiento y salud mental 722
Promoción de la salud mental en los adultos mayores 722
Trastornos frecuentes de la salud mental 724
Depresión 724
Ansiedad 733

Abuso de alcohol 734
Paranoia 736
Hipocondría 737
Consideraciones enfermeras para los trastornos de la salud mental 738
Vigilancia de la medicación 738
Promoción de un autoconcepto positivo 739
Manejo de problemas de conducta 739
33 Delirio y demencia 746
Delirio 747
Demencia 749
Enfermedad de Alzheimer 749
Otras demencias 753
Atención de personas con demencia 754
UNIDAD 7 Temas de atención gerontológica 764
34 Vida en armonía con trastornos crónicos 766
Trastornos crónicos en la edad avanzada 768
Objetivos de la atención de enfermos crónicos 768
Valoración de las necesidades de atención a los enfermos crónicos 772
Maximización de los beneficios de la atención de enfermos crónicos 774
Selección de un médico adecuado 774
Uso de un facilitador de atención de trastornos crónicos 775
Mejora del conocimiento 775
Localización de un grupo de apoyo 776
Elecciones inteligentes de estilo de vida 776
Uso de terapias complementarias y alternativas 777
Factores que influyen en la atención de enfermos crónicos 778
Mecanismos de defensa e implicaciones 779
Factores psicosociales 779
Impacto de la atención continuada en la familia 780
Necesidad de recibir cuidados en una institución 780
Atención de los enfermos crónicos: un desafío para los profesionales enfermeros 781
35 Cuidados de rehabilitación 784
Necesidad de rehabilitación 786
Vivir con discapacidad 787
Importancia de la actitud y la capacidad de afrontamiento 787
Pérdidas que acompañan a la discapacidad 788
Cuidados enfermeros en la rehabilitación 789

Valoración funcional 790
Intervenciones para facilitar y mejorar la funcionalidad 791
Facilitación de la postura correcta 793
Ayuda con los ejercicios de rango de movimiento 793
Uso de accesorios para la movilidad y tecnología auxiliar 800
Reeducación para la eliminación 803
Mantenimiento y promoción del funcionamiento mental 804
Uso de recursos de la comunidad 805
36 Atención a pacientes con enfermedades agudas 810
Riesgos relacionados con la hospitalización de adultos mayores 811
Atención a pacientes quirúrgicos 814
Riesgos especiales en personas mayores 814
Consideraciones para la atención preoperatoria 815
Consideraciones para la atención operatoria y postoperatoria 818
Atención de urgencia 820
Infecciones 824
Planificación del alta de pacientes mayores 826
37 Atención de larga duración 830
Desarrollo de la atención institucionalizada de larga duración 831
Antes del siglo XX 832
Durante el siglo XX 833
Lecciones que deben aprenderse de la historia 834
Atención institucionalizada de larga duración en la actualidad 835
Estándares de las residencias para adultos mayores 836
Usuarios de las residencias para adultos mayores 836
Funciones y responsabilidades de los profesionales enfermeros 837
Comunidades asistidas 842
El futuro: un nuevo modelo de atención de larga duración 842
38 Atención proporcionada por la familia 849
La familia del adulto mayor 850
Identificación de los miembros de la familia 851
Roles de los familiares 852
Dinámica y relaciones familiares 853
Alcance de la atención prestada por la familia 855
Protección de la salud de la persona mayor y el cuidador 856
Disfunción familiar y abuso 859
Recompensas de los cuidados proporcionados por la familia 861
39 Atención al final de la vida 865

Definiciones de muerte 866
Experiencia familiar en el proceso de morir 867
Apoyo al individuo moribundo 869
Etapas del proceso de morir e intervenciones enfermeras relacionadas 870
Dificultades de los cuidados físicos 875
Necesidades de atención espiritual 878
Signos de muerte inminente 879
Instrucciones previas (últimas voluntades) 879
Apoyo a familiares y amigos 880
Apoyo durante las etapas del proceso de morir 880
Ayuda a familiares y amigos después de una muerte 881
Apoyo al personal enfermero 882
Índice alfabético de materias 886